

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja | Terveystenhoitaja

2015

Susanna Saarinen, Taru Toivola

KIRJALLISUUSKATSAUS POTILAIEN TIEDONTARPEESTA, OHJAUSMENETELMISTÄ JA TOIVEISTA OHJAUKSEN SUHTEEN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja | Terveystenhoitaja

Kevät 2015 | Sivumäärä 50 + 20

Ohjaaja, FT, TtM, Maika Kummel

Susanna Saarinen, Taru Toivola

KIRJALLISUUSKATSAUS POTILAIEN TIEDONTARPEESTA, OHJAUSMENETELMISTÄ JA TOIVEISTA OHJAUKSEN SUHTEEN

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektin (Hoi-Pro) potilasohjaus-osatehtävän myötä valmistuneet opinnäytetyöt avohoidosta ja erikoissairaanhoidon eri toimialueilta sekä tiivistää valittujen opinnäytetöiden tuloksia. Tavoitteena oli koottujen tulosten perusteella tuottaa hoitoalalle hyödynnettävää tietoa potilasohjauksen toteutukseen, suunnitteluun ja arviointiin.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka suuntaus oli narratiivinen ja tarkemmin määriteltynä yleiskatsaus. Aineistoksi valittiin neljätoista Hoi-Pro:n myötä valmistunutta opinnäytetyötä, jotka käsittelevät sairaalapotilaiden tiedontarvetta eri toimialueilla, potilasohjausmenetelmiä sekä potilaiden toiveita ohjauksen suhteen. Aineiston analysointiin käytettiin kuvailevaa synteesiä, jolloin tuloksista pystyttiin muodostamaan sisällöltään tiivis ja johdonmukainen lopputulos.

Katsauksen tulosten perusteella voitiin todeta perinteisen suullisen ohjauksen olleen suosituin ja samalla toivotuin tapa saada ohjausta. Kirjallinen materiaali oli myös toivottua. Perinteinen ohjaus saatetaan kokea luotettavana ja tutuna tapana saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Itsenäisessä tiedonhaussa suosituin tapa hankkia tietoa oli internetin hakukoneet. Internetistä toivottiin löytyvän luotettavaa tietoa, mutta potilaalle luotettavan tiedon löytäminen saattaa tuottaa ongelmia.

Opinnäytetöissä, joissa käytettiin Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) -mittaria (© Leino-Kilpi, Salanterä, & Hölttä 2003), potilaat halusivat selkeästi eniten tietoa tehtävistä tutkimuksista, sairauden sekä sen hoidon aiheuttamista tunteista, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella, omasta vastuusta hoidon onnistumisessa, keneltä läheiset voivat saada tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista, kuntoutuksesta sekä sen kustannuksista.

ASIASANAT: Hoi-Pro, potilas, potilasohjaus, SPTT©-mittari, tiedontarve

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered nurse | Public health nurse

2015 | Total number of pages 50 + 20

Instructor, PhD, MNSc, Maika Kummel

Susanna Saarinen, Taru Toivola

A LITERATURE REVIEW OF HEALTH EDUCATION METHODS, PATIENTS' NEEDS FOR INFORMATION AND THEIR WISHES REGARDING HEALTH EDUCATION

The purpose of this thesis was to collect the results of theses related to patient education, and to provide useful information for the development, planning and execution of patient education. The theses are a result of the Future Hospital - Nursing Development Project 2009-2015 (Hoi-Pro) in Southwest Finland Health Care.

The thesis was executed as a descriptive literature review, and its purpose was to summarize the results of the theses. The source material comprised of fourteen theses with subjects consisting of patient education methods, patients' wishes regarding patient education and hospital patients' need for health education in different healthcare domains. The material was analyzed using qualitative content analysis.

According to the review, the traditional verbal guidance was the most popular form of patient education. Information leaflets were also a popular way to receive guidance. Patients preferred the Internet when searching for information about their health. In the future it would be practical to educate patients how to search for reliable information by themselves.

According to the Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP) scale (©Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003), there were many areas of information which stood out as most needed: examinations; emotions caused by illness and treatment; with whom can patients discuss their emotions; patient's own responsibility for their treatment; from whom can the patients' relatives and friends ask about the patients' condition and treatment; rehabilitation and its costs.

KEYWORDS:

Hoi-Pro, patient, patient education, RKHP© scale, need for information

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

1 JOHDANTO	7
2 POTILASOHJAUS	9
2.1 Oikeus ohjaukseen	10
2.2 Laadukas ohjaus	10
2.3 Ympäristön vaikutus ohjaukseen	11
2.4 Ohjauksen menetelmiä	11
2.5 Oppimistyylit	13
2.6 Terveysneuvonta	14
2.7 Yksilöllinen tiedontarve	15
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	16
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 SPTT©-mittari	18
4.2 Ohjausmenetelmiä ja potilaiden toiveita käsittelevät opinnäytetyöt	19
5 TULOKSET	21
5.1 Sairaalapotilaiden tiedontarve	21
5.1.1 Sydänpotilaiden tiedontarve	21
5.1.2 Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedontarve	24
5.1.3 Neurologisten potilaiden tiedontarve	27
5.1.4 Vatsaelinkirurgisten ja urologisten potilaiden tiedontarve	29
5.2 Käytetyt ohjausmenetelmät ja potilaiden toiveet niiden suhteen	33
5.2.1 Nuorten diabetespotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	33
5.2.2 Työikäisten diabetespotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	34
5.2.3 Neurologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	35
5.2.4 Työikäisten reumapotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	36
5.2.5 Kardiologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	37
5.2.6 Gastroenterologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet	38
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
7 POHDINTA	41
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
LÄHTEET	48

LIITTEET

Liite 1. Sairaalapotilaan tiedontarve SPTT©-mittarilla mitattuna

Liite 2. Avohoidon potilaiden ohjausmenetelmät ja toiveet niiden suhteen

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

gastroenterologia	Lääketieteen osa-alue, joka keskittyy vatsaelinsairauksiin ja niiden hoitoon (HUS 2015a)
Hoi-Pro	Tulevaisuuden Sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015
kardiologia	Lääketieteen osa-alue, joka keskittyy sydämen ja verenkiertoelimistön toimintaan ja sairauksiin (Eira 2013)
neurologia	Lääketieteen osa-alue, joka tutkii ja hoitaa keskus- ja ääreishermoston sairauksia, poikkeavuuksia ja vammoja (HUS 2015b)
SAS	Salon aluesairaala
SPTT©-mittari	Sairaalapotilaan tiedon tarve mittari (© Leino-Kilpi, Salanterä, & Hölttä 2003)
TULES	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Heliövaara & Riihimäki 2015)
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektin (Hoi-Pro) potilasohjaus-osatehtävän myötä valmistuneet opinnäytetyöt.

Hoi-Pro on toiminut vuosina 2009–2015 Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) yhteistyönä (Kummel 2014). Hoi-Pro tukee VSSHP:n strategiaa 2007–2015 sekä Hoitotyön toimintaohjelmaa 2010–2015, jonka yksi keskeisistä tavoitteista on potilaslähtöisten palveluiden tuottaminen (Nygren 2013).

Hoi-Pro:n keskeisimmät tavoitteet ovat: VSSHP:n tukeminen sen siirryttyä hoitotyön osalta toimialuekohtaiseen toimintamalliin, yhteistyön edistäminen Turun AMK:n ja VSSHP:n välillä sekä terveydenhuollon opiskelijoiden informoiminen toimialuekohtaisesta toimintamallista ja VSSHP:n vetovoiman parantaminen (Kummel 2014).

Hoi-Pro on jaettu kolmeen eri vaiheeseen: toimialuekohtaisen hoitotyön suunnittelu (2009–2012), toteutus (2013–2014) ja arviointi (2015). Nämä vaiheet on jaettu osatehtäviin, jotka ovat: Hoitotyön toimintatavat, Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö, Potilasohjaus ja Kummiluokkatoiminta. Potilasohjaus-osatehtävässä osallisina olivat Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Salon aluesairaala (SAS) ja Turun AMK:n terveystalon toimipisteet Turussa ja Salossa. (Kummel 2014.)

Potilasohjaus-osatehtävän keskeisin tavoite on potilaskeskeisyys. Osatehtävässä on käytetty Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) -mittaria (© Leino-Kilpi, Salanterä, & Hölttä 2003) potilaiden tiedontarpeen tutkimiseen ennen VSSHP:n siirtymistä toimialuekohtaiseen malliin ja sen jälkeen eri toimialueilla. (Kummel 2014.)

Tämän työn aineistona käytetään opinnäytetöitä, joiden aineisto on kerätty ennen toimialuekohtaiseen malliin siirtymistä, ja jotka tutkivat potilaiden

tiedontarvetta SPTT©-mittarilla mitattuna Neuro-, Sydän-, Tules- ja Vatsatoimialueella, ja jotka käsittelevät potilasohjausmetodeja ja potilaiden toiveita ohjauksen suhteen. Hoi-Pro:n aikana valmistui myös SPTT©-mittarin testausta käsitteleviä töitä, joiden tuloksia ei tässä opinnäytetyössä käsitellä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoitoalalle hyödynnettäviä tuloksia potilasohjauksen toteutukseen ja kehittämiseen.

2 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksella on aina ollut keskeinen asema hoitotyössä. Potilasohjaus mahdollistaa turvallisen hoidon potilaalle, ja on siten tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Ohjaus voidaan rinnastaa myös käsitteisiin neuvonta, opetus, valmennus sekä motivoiva keskustelu. (Ahonen ym. 2013.)

Ohjauksen keskeisimpiä tekijöitä ovat asiakaslähtöisyys, potilaan ja ammattilaisen jaettu asiantuntijuus sekä vastuullisuus. Asiakaslähtöinen toiminta perustuu potilaan tarpeisiin. Potilaan ja ammattilaisen jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan, että potilas on oman elämänsä asiantuntija, ja että ammattilaisella on ohjaukseen vaadittava ammattitaito sekä tietämys ohjattavasta asiasta. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

Ohjauksessa vastuullisuus koskee sekä potilasta, että terveydenhuollon ammattilaista. Potilasta ei voida pakottaa sitoutumaan omaan hoitoonsa, vaan hänen täytyy itse haluta hyödyntää saamaansa tietoa ja ratkaista sen avulla mahdollisia ongelmiaan. Ammattilaisen vastuu ohjauksessa sijoittuu ohjauksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

Potilaan ohjaus perustuu vuorovaikutukseen ja ohjaussuhteen luomiseen, jonka tavoitteena on lisätä potilaan motivoitumista hoitoonsa sekä mahdollistaa itsenäinen selviytyminen kotona (Hankonen ym. 2006).

Laadukkaan ohjauksen toteuttaminen vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia. Ohjaajalla on oltava tarvittava tuntemus ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä eri menetelmistä. Ohjaajalta vaaditaan myös hyviä vuorovaikutus- ja johtamiskykyjä. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

2.1 Oikeus ohjaukseen

Potilasohjauksen merkitys on korostunut hoitoaikojen lyhentymisen myötä yhä enemmän (Ahonen ym. 2013 ; Lipponen 2014). Potilaan kotiutuessa hänelle tulisi taata välitön ohjaus kotiutuksen yhteydessä. Potilaan turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä esimerkiksi tarjoamalla hänelle puhelinnumero, josta voi kysyä tarvittaessa neuvoa. (Pekkarinen 2007.)

Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (785/1992) mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista, sekä muista hänen hoitoonsa vaikuttavista seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Terveystieteiden ammattilaisen tulee toteuttaa ohjaus niin, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön (Hentinen & Kyngäs 2008).

2.2 Laadukas ohjaus

Laadukas ohjaus toteutuu potilaslähtöisesti. Potilaslähtöisellä lähestymistavalla voidaan lisätä potilaan tietämystä sairaudesta ja hoidosta, lisätä tyytyväisyyttä ja annettujen kotiohjeiden noudattamista sekä vähentää mahdollisia oireita ja terveystieteiden palveluiden käyttöä. (Lipponen 2014.)

Potilas voi saada laadukkaassa ohjauksessa tukea tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Tiedollinen tuki pitää sisällään sen, miten kattavasti ja selkeästi potilaalle on kerrottu hänen hoitoaan ja sairauttaan koskevat tärkeimmät tiedot sekä miten hyvin potilas on ymmärtänyt ne. Tiedollinen tuki käsittää myös valmiudet, joita potilas tarvitsee oman hoitonsa toteuttamiseen. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyä. Konkreettisella tuella tarkoitetaan sellaista välineellistä tukea, joka edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa. Konkreettista tukea voi olla esimerkiksi erilaiset apuvälineet ja taloudellinen tukeminen. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

2.3 Ympäristön vaikutus ohjaukseen

Ohjaustilanteet voivat olla kovin erilaisia, ja käytettävä ympäristö saattaa vaikuttaa ohjaukseen (Ahonen ym. 2013). Henkilöstöllä tulisi olla käytössään ohjaukseen soveltuva työympäristö, tarvittavat välineet, aikaa sekä mahdollisuus kouluttautumiseen (Lipponen 2014).

Ohjausympäristönä voi olla esimerkiksi jaettu potilashuone, jossa on useampia potilaita läsnä. Tällöin yksilöllisen ohjauksen toteuttaminen voi olla haastavaa. Ohjaajan on huomioitava potilaan oikeus yksityiseen ja luottamukselliseen ohjaustilanteeseen. Paras vaihtoehto ohjauksen toteutukseen on rauhallinen tila, jossa ei ole ulkopuolisia kuuntelemassa. Tällöin potilaalla on mahdollisuus avautua ja kysyä häntä mietityttävistä asioista helpommin. (Ahonen ym. 2013.)

2.4 Ohjauksen menetelmiä

Ohjausta voidaan toteuttaa eri menetelmin, esimerkiksi yksilöohjauksena. Yksilöohjaus toteutuu usein suullisesti ja kasvotusten potilaan kanssa. Suullinen kasvotusten annettu ohjaus on toivotuin ohjauksen muoto, ja siinä yksilöllinen vuorovaikutus pääsee hyvin toteutumaan. Yksilöohjauksesta myös koetaan saatavan suurin hyöty. Kasvotusten toteutetussa yksilöohjauksessa ohjaaja voi lukea potilaan sanattomia viestejä, joita hänelle ei muuten välittyisi. Tällaiset sanattomat viestit ovat tärkeä osa potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta. (Hentinen ja Kyngäs 2008.) Ohjaus tulisi antaa aina itse potilaalle, mutta paikalla voi olla myös potilaan läheinen. Läheisen läsnäolo saattaa auttaa potilasta hahmottamaan ohjauksen sisällön paremmin myöhemmin. (Ahonen ym. 2013.) Suullista ohjausta on saatavilla useilta terveydenhuollon ammattilaisilta, ja heistä jokainen toteuttaa ohjausta omalla tavallaan korostaen eri asioiden merkittävyyttä potilaalle (Iivanen & Syväoja 2008).

Perinteisen suullisen ohjauksen tueksi potilaalle tarjotaan usein myös kirjallinen ohje, joka mahdollistaa potilaan perehtymisen asiaan myös myöhemmin. Potilaan ohjaukseen on käytettävissä yhä vähemmän aikaa, mikä korostaa

kirjallisten ohjeiden merkitystä. (Hentinen & Kyngäs 2008.) Kirjallisten ohjeiden läpikäyminen potilaan kanssa on tärkeää. Potilas voi tutustua hänelle annettuihin kirjallisiin ohjeisiin myös itsenäisesti ja keskustella terveydenhuollon ammattilaisen kanssa jälkikäteen. Potilaalla tulee olla riittävästi aikaa kirjallisten ohjeiden lukemiseen, jotta hän ehtii ymmärtämään niiden sisällön ja tarvittaessa esittämään selventäviä kysymyksiä. (Iivanainen & Syväoja 2008.) Kirjallisen ohjeen tulee olla selkeä ja helposti ymmärrettävissä sekä tukea jo annettua ohjausta (Hentinen & Kyngäs 2008). Kirjallisella materiaalilla on merkittävä rooli polikliinisten potilaiden ohjauksessa (Ahonen ym. 2013).

Nykyään ohjauksessa voidaan hyödyntää teknologiaa, kuten esimerkiksi puhelinta, internetiä, videoita ja pelejä. Internetin kautta on saatavilla luotettavaa tietoa monista lähteistä, kuten esimerkiksi Käypä hoito -suositusten potilasohjeet, Terveyskirjasto ja Kansalaisten terveystietoportti. Erilaisia menetelmiä voidaan hyödyntää ohjauksessa asioiden havainnollistamiseen, esimerkiksi tuoreiden diabeetikoiden insuliinin pistämisen opastuksessa. (Ahonen ym. 2013.)

Ryhmäohjauksella voidaan ohjata useampia henkilöitä samaan aikaan. Ryhmäohjauksessa voidaan käsitellä tiettyä sairautta, esimerkiksi diabeetikoille voidaan antaa ohjausta oikeaoppisesta ruokavaliosta. Ryhmäohjauksessa potilaiden yksilöllisiä tarpeita ei voida huomoida yhtä hyvin kuin henkilökohtaisessa suullisessa ohjauksessa. Menetelmällä on kuitenkin positiivinen puoli vertaistuen muodossa. Vertaistuella voidaan edistää potilaan sitoutumista hoitoon. Erityisesti potilaat, joilla ei ole läheisiä tukemassa, voivat hyötyä ryhmäohjauksen tarjoamasta vertaistuesta. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

Potilaita ohjataan usein erilaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin valmistautumisessa. Sairaalassaoloaikojen lyhentymisen myötä potilaiden jälkiohjauksella on suuri merkitys potilaan hoidossa. Tehdyt toimenpiteet eivät välttämättä korjaa potilaan tilannetta pysyvästi. Hoidon hyvään tulokseen vaikuttavat myös elintapaohjaus, omahoito ja omaseuranta. Omahoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista roolia elintapamuutoksensa suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa. Onnistuneella omahoidolla on positiivinen

vaikutus potilaan elämänlaatuun, jolloin tarve terveydenhuollon palveluille myös vähenee. (Ahonen ym. 2013.)

Omaseuranta mahdollistaa esimerkiksi diabeetikoilla verensokeriarvon säännöllisen seurannan. Diabeetikoilla verensokeriarvojen omaseuranta on tärkeää, sillä verensokeriarvot voivat muuttua merkittävästi lyhyessäkin ajassa. Liian harvoin toteutettu omaseuranta voi johtaa verensokerin muutoksiin ja epätasapainoon. Omaseurannan toteutus on aina yksilöllistä, joten mittausten määrä voi vaihdella. Toistuvasti huonosta sokeritasapainosta kärsivä diabeetikko tarvitsee useita mittauksia päivässä, jotta verensokeriarvoista saadaan selvyyttä. Terveydenhuollossa omaseurannan tuottamia tuloksia tulee osata hyödyntää ja poikkeaviin arvoihin täytyy reagoida. (Kangas 2001.)

Erityisesti elintapoihin liittyvät sairaudet lisääntyvät runsaasti, mikä aiheuttaa haasteita terveydenhuollon yksiköille. Ohjaamalla ja motivoimalla potilasta parantamaan elintapojaan voidaan ennaltaehkäistä useita eri terveydenhuoltoa kuormittavia sairauksia. Hyvin ohjeistettu ja motivoitunut elintapojansa muuttava potilas aiheuttaa terveydenhuollolle vähemmän kustannuksia. Elintapaohjauksessa ei ole kyse tiedon siirtämisestä henkilöltä toiselle, vaan lopullinen muutos lähtee aina potilaan omasta tahdosta. (Ahonen ym. 2013.)

2.5 Oppimistyylit

Potilaiden tiedontarve vaihtelee yksilöittäin (Ahonen ym. 2013). Ihmiset myös oppivat ja omaksuvat asioita eri tavoin. Jokaisella ihmisellä on oma oppimistyylinsä eli tapa, jolla ihminen voi vastaanottaa ja omaksua tietoa. Ohjaajan tulisi tunnistaa potilaan oppimistyyli keskustelemalla potilaan kanssa ja hyödyntää sitä ohjaustilanteessa. Oppimistyyliä ovat visuaalinen, auditiivinen ja kineettinen. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

Visuaalisen oppimistyylin omaavan potilaan ohjauksessa näköaistilla on merkittävä rooli, jolloin potilas oppii helpoiten katselemalla ja lukemalla kirjallisia ohjeita. Auditiivisessa oppimistyyliässä kuuloaistilla ja kuulemisella on merkittävin rooli ohjauksen kannalta. Tällöin potilas saattaa pitää mieluisana

ohjausmenetelmänä keskustelua ja asioiden perusteellista läpikäyntiä. Kineettisessä oppimistyyliässä oppiminen pohjautuu kokemuksiin ja tuntemuksiin. Tällaisessa tilanteessa miellyttävällä ohjausympäristöllä on merkitystä potilaan oppimisen kannalta. Kineettisessä oppimistyyliässä potilas voi muistaa ohjauksesta jälkeen päin, miltä jokin asia tuntui kun se ohjeistettiin hänelle. (Hentinen & Kyngäs 2008.)

2.6 Terveysneuvonta

Yksilön terveyskäyttäytymistä on vaikea muuttaa (Poskiparta 2002). Terveysneuvonnalla tarkoitetaan vuorovaikutustilannetta potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä, jossa käsitellään terveyttä edistäviä, sairautta ehkäiseviä tai hoitoa koskevia kysymyksiä, sekä mahdollisten ongelmatilanteiden ratkaisuja (Terveyskirjasto 2015).

Voimavarakeskeinen terveysneuvonta on yksi tapa edesauttaa muutosta potilaan terveyskäyttäytymisessä. Voimavarakeskeinen terveysneuvonta koostuu useasta vaiheesta: ihmisen kuuntelu, vuoropuhelu, itsearviointi, toimintamallien tunnistaminen sekä toiminnan uudelleensuuntaaminen. (Poskiparta 2002.)

Terveydenhuollon ammattilaisen on tärkeää nähdä ohjattava henkilö samanvertaisena ja mahdollistaa potilaan oma aktiivinen rooli hänen terveyttään koskevia päätöksiä tehtäessä. Voimavarakeskeisessä neuvonnassa potilaalla on keskeinen ja osallistuva rooli. Potilas voi tuoda ilmi omia näkemyksiään ja esittää kysymyksiä sekä vaihtoehtoja. Terveydenhuollon ammattilaisella korostuu terveysneuvonnassa potilaan kuunteleminen. Kuuntelu on taito, jonka avulla ammattilainen voi yrittää ymmärtää potilaan ajatuksia ja tunteita. Kuuntelemalla potilasta aktiivisesti ammattilainen voi edesauttaa potilasta katsomaan asioita eri näkökulmasta ja selkiyttämään ajatuksiaan. Aktiivisessa kuuntelussa ei käsketä, määrätä, varoiteta, uhata, kritisoida tai kuulustella potilasta. (Poskiparta 2002.)

2.7 Yksilöllinen tiedontarve

Terveydenhuollon ammattilaisen on osattava arvioida potilaan tiedontarvetta ja määritellä millaista tietoa potilas kykenee vastaanottamaan kyseisessä tilanteessa. Tiedontarve ja kyky sen vastaanottamiseen vaikuttavat käytettävän ohjausmenetelmän valintaan. (Ahonen ym. 2013.) Valittu ohjausmenetelmä vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen. Ohjausta saatetaan toteuttaa myös tilanteissa, joissa potilas ei ole sitä valmis vastaanottamaan. (Poskiparta 2002.) Esimerkiksi erittäin järkyttynyt potilas ei todennäköisesti tule muistamaan annettua suullista ohjausta, jolloin olisi hyvä toteuttaa ohjaus myöhempänä ajankohtana tai antaa potilaalle lisäksi kattava kirjallinen ohjeistus. (Ahonen ym. 2013.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan ohjausta annetaan usein terveydenhuollon ammattilaisten omasta aloitteesta kuuntelematta potilaan tarpeita. Tällöin potilaan tarkkaileminen ja aktiivinen kuuntelu jää usein toteutumatta. Ohjauksella voidaan lisätä potilaan kykyä tehdä päätöksiä, mutta se voi myös vahvistaa potilaan tunnetta siitä, että ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisten tarjoamaan tietoon voi luottaa. (Poskiparta 2002.)

Rantovaaran ja Vehmasahon opinnäytetyössä todettiin, että erityisesti ennen potilaan hoitoon saapumista tapahtuvaan ohjaukseen tulisi kiinnittää huomiota. Tällöin potilaalla olisi paremmat mahdollisuudet harkita vaihtoehtoja rauhassa ja selvittää oma henkilökohtainen tilanteensa. Tällä todettiin olevan suurta vaikutusta potilastyytyväisyyteen ja mielialaan. Potilaat kokivat myös saaneensa liian vähäistä tietoa hoitonsa aikana ja kotiutusvaiheessa. Potilaat toivoivat hoitohenkilökunnan käyttävän riittävästi aikaa ohjaukseen sekä erilaisia ohjausmenetelmiä. (Rantovaara & Vehmasaho 2010.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA

TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen potilasohjaukseen liittyvät Hoi-Pro:n myötä aikaisemmin valmistuneet opinnäytetyöt, jotka käsittelevät potilasohjausta, toiveita ohjauksen toteutuksesta sekä tiedontarvetta avohoidon ja erikoissairaanhoidon toimialueilla. Työn aihe on osa laajempaa kokonaisuutta Hoi-Pro:ssa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksesta, jota voidaan hyödyntää terveydenhuollossa potilasohjausmenetelmien suunnittelussa, kehittäessä ja toteutuksessa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisia tiedontarpeita sairaalapotilailla on?
 - 1.1 Minkälaisia tiedontarpeita Neuro-potilailla on?
 - 1.2 Minkälaisia tiedontarpeita Tules-potilailla on?
 - 1.3 Minkälaisia tiedontarpeita Sydän-potilailla on?
 - 1.4 Minkälaisia tiedontarpeita Vatsatoimialueen potilailla on?
2. Minkälaisia menetelmiä käytetään ja/tai toivotaan käytettävän avohoitopotilaiden ohjauksessa?

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä opinnäytetyössä käytettävä tutkimusmenetelmä on kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus mahdollistaa teorian arvioimisen ja muodostaa yhtenäisen kokonaisuuden valitusta aiheesta. Kirjallisuuskatsauksen tavoite on tuottaa ja kehittää uutta teoriaa. (Salminen 2011.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan ymmärtää toisinaan väärin ja sekoittaa esimerkiksi kirja-arvosteluun. Kirjallisuuskatsaus ei ole lyhyehkö kooste valitusta aineistosta ilman sen suurempia pohdintoja. Selkeämmän kuvan kirjallisuuskatsauksesta antaakin sen englanninkielinen käännös review tai literature review. Sanasta review käy paremmin ilmi katsauksen arvioiva suuntaus. (Salminen 2011.)

Kirjallisuus voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Tässä opinnäytetyössä käytetty menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi suosituimmista kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kuvailevaa katsausta kutsutaan myös traditionaaliseksi katsaukseksi. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ei rajoita yhtä tarkat säännöt kuin systemaattista katsausta, minkä huomaa muun muassa aineiston vapaammasta rajaamisesta sekä tutkimusongelmien laajemmasta määrittelystä. (Salminen 2011.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan erotella kahteen erilaiseen suuntaukseen, integroivaan ja narratiiviseen. Narratiivinen katsaus voidaan jaotella kolmeen eri toteutustapaan: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Tämä työ toteutetaan narratiivisena katsauksena eli tarkemmin määriteltynä yleiskatsauksena, jonka tarkoitus on kerätä yhteen potilasohjausta aiemmin käsitelleiden opinnäytetöiden tuloksia. Tällaista analyysin menetelmää kutsutaan myös kuvailevaksi synteeksiksi. Kuvailevassa synteessissä lopullinen katsaus on sisällöltään tiivis ja johdonmukainen. (Salminen 2011.)

4.1 SPTT©-mittari

Hoi-Pro:n myötä valmistui opinnäytetöitä, jotka käsittelivät avohoidon potilaiden ja sairaalapotilaiden tiedontarvetta SPTT©-mittarilla mitattuna. Liitteessä 1. on listattuna opinnäytetyöt, jotka käsittelevät sekä sairaala- että avohoidon potilaiden tiedontarvetta. Kaikissa tiedontarvetta mittaavissa töissä on käytetty SPTT©-mittaria tiedontarpeen mittaamiseen.

SPTT©-mittarin alussa on kysymyksiä koskien vastaajan taustatietoja. Lomakkeessa kysytyjä taustatietoja ovat ikä, sukupuoli, peruskoulutus, ammattikoulutus, pääasiallinen toiminta (esimerkiksi työssä/eläkkeellä/opiskelija), onko vastaaja työskennellyt sosiaali- tai terveydenhuollossa, mahdolliset pitkäaikaissairaudet, tämänkertaisen sairaalassaolon tai polikliinisen käynnin syy, sairaalaan saapumistapa (etukäteen suunnitellusti/päivystys) sekä onko vastaaja aiemmin ollut kyseisessä sairaalassa hoidettavana/tutkittavana/vastaanotolla. Taustatietokysymyksiä on yhteensä kymmenen. (Ahlgren & Hyyrönmäki 2014.)

Aineistoa kerätään väittämillä, joita on yhteensä 40. Väittämät on jaettu seitsemään osa-alueeseen aihepiireittäin, mikä helpottaa tulosten analysointia. Osa-alueet ovat: bio-fysiologinen/biologis-fysiologinen, joka käsittää sairauden oireet, tutkimukset, hoidot sekä komplikaatiot; toiminnallinen, joka käsittää henkilökohtaiset tarpeet, apuvälineet, erittämisen, liikunnan, levon, ruokavalion, peseytymisen sekä kotijärjestelyt; kokemuksellinen, joka käsittää sairauden ja sen hoidon aiheuttavat tunteet ja niistä keskustelemisen sekä aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisen; eettinen, joka käsittää hoitoa koskevan päätöksenteon, potilaan toiveet, oikeudet ja vastuun, potilasasiamestoinnin, ammattiryhmien vastualueet, salassapitovelvollisuuden, tietojen jakamisen sekä potilasasiakirjat; sosiaalinen, joka käsittää läheisten tiedonsaannin ja hoitoon osallistumisen, tukihenkilötoiminnan, jatkohoidon, sairaalapapin/teologin tapaamisen ja potilasjärjestöjen toiminnan; taloudellinen osa-alue, joka käsittää kuntoutus, jatkohoidon/kotihoidon, lääkehoito- sekä sopeutumisvalmennuskurssien kustannukset, sairauspäivärahat ja vakuutusasiat. Jokaisella osa-alueella on 3-9 väittämää.

Kyselylomakkeiden vastausten asenteita analysoitiin käyttäen Likertin asteikkoa. Kyseisessä asteikossa on vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja pystyy valitsemaan viidestä asenneväittämistä sopivimman vaihtoehdon ilmaisemaan positiivisen, neutraalin tai negatiivisen mielipiteensä väittämistä. Asenneväittämien muotoilu vaihteli lähteenä käytetyissä opinnäytetöissä, mutta tyyppillisessä Likert-asteikossa asenneväittämät ovat: 1. täysin eri mieltä 2. jokseenkin eri mieltä 3. ei samaa eikä eri mieltä 4. jokseenkin samaa mieltä 5. täysin samaa mieltä. Osassa väittämistä oli käytetty vain neljää asenneväittämää jättäen neutraalin vaihtoehdon pois. Joissakin töissä viides asenneväittäjä oli 'ei koske minua'. Opinnäytetöiden välillä oli eroja tulosten tulkitsemisessa, mikä tuotti haasteita ulkopuoliselle lukijalle. Opinnäytetöiden tekijät olivat huomioineet asenneväittämiä eri tavoin tulkitessaan tutkimuksensa suurimpia ja vähäisimpiä tiedontarpeita. Opinnäytetöiden tulkitsemisessa on noudatettu tekijöiden valitsemaa alkuperäistä tulkintatapaa, mikä näkyy tulosten esittelyssä.

Aineistona käytetyissä opinnäytetöissä tutkittiin vastauksia muun muassa sukupuolen, iän ja koulutuksen näkökulmasta. Kyseisillä taustamuuttujilla on suuria ja konkreettisia vaikutuksia ihmisen terveyteen ja terveystyöskäytymiseen, esimerkiksi kuolleisuuden, terveystyöskäytymisen ja sairauksien yleisyyden kannalta (Koskinen 2009; THL 2015). Tuloksia analysoitaessa pyrittiin luomaan kokonaiskuvaa potilaiden tiedontarpeista ilman kyseisten taustamuuttujien vertailua, ja toimialuekohtaisia tiedontarpeita pystyy näkemään eroteltuna tulososiossa. Saman toimialueen eri töiden tuloksia ei ole kuitenkaan vertailtu keskenään, sillä töitä on vain kaksi joka toimialueelta.

4.2 Ohjausmenetelmiä ja potilaiden toiveita käsittelevät opinnäytetyöt

Tämän opinnäytetyön aineistona toimivat opinnäytetyöt ovat kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimuksia. Määrällisessä tutkimuksessa aineisto kerätään kyselylomakkeilla tai erilaisilla mittauksilla. Tässä työssä aineistona käytetyt ohjausmenetelmiä ja potilaiden toiveita käsittelevät opinnäytetyöt oli toteutettu kyselylomakkeilla, jotka sisälsivät valmiit kysymykset, vastausvaihtoehdot sekä

yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomakkeen jokaiseen vastausvaihtoehtoon vastattiin erikseen, joten tuloksista oli mahdollista seurata eri menetelmien suosiota ja yleisyyttä. Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin potilaiden toiveita saada ohjausta muilla tavoin kuin kyselyssä jo mainituilla vaihtoehdoilla. Kyselylomakkeissa käytettiin Likertin asteikkoa, joka soveltuu hyvin eri väittämien arviointiin eri tasoilla.

Aineistona käytettyjen opinnäytetöiden tekijät olivat tulkinneet tuloksiaan parhaaksi näkemällään tavalla. Tässä työssä mukailemme opinnäytetöiden alkuperäistekijöiden käyttämiä tapoja tulosten tulkinnassa. Vastausvaihtoehtoja 'erittäin paljon', 'paljon', 'melko paljon', 'vähän' ja 'ei lainkaan', oli tulkittu opinnäytetöissä vaihtelevasti. Toivotuinta ohjausmenetelmää kartoittaessa vastauksista saatettiin huomoida kaikki positiiviset vaihtoehdot, tai vaihtelevasti vastausvaihtoehtojen 'paljon' ja 'erittäin paljon' merkitystä korostettiin. Vähiten toivotuinta ohjausmenetelmää kartoittaessa tuloksia oli tulkittu vaihtoehtojen 'ei lainkaan,' 'vähän,' tai näiden vaihtoehtojen yhteismäärän perusteella. Tulosten tulkintatavoissa oli siis havaittavissa vaihtelua työkohtaisesti.

Opinnäytetöiden tulokset taulukoitiin (Liite 2), jotta potilaiden saamia ohjausmenetelmiä ja heidän toiveitaan näiden suhteen on helpompi tarkastella. Liitteestä 2 käy ilmi potilaiden käyttämät menetelmät itsenäiseen tiedon hankkimiseen ja menetelmät joilla he ovat saaneet ohjausta sekä heidän toiveensa näiden suhteen.

5 TULOKSET

5.1 Sairaalapotilaiden tiedontarve

5.1.1 Sydänpotilaiden tiedontarve

Sydänkeskuksen potilaiden tiedontarvetta kartoitettiin SPTT©-mittarilla Ahlgrenin ja Hyyrönmäen 2014 valmistuneessa Hoi-Pro:n suunnitteluvaiheen opinnäytetyössä. Aineistoa kerättiin VSSHP:n alueella SAS:n ja TYKS:n sydänpotilaita hoitavista yksiköistä. Sydänpotilaiden saaman ohjauksen kehitys sekä yksilöllistäminen olivat tutkimuksen tavoitteita. Jaetuista 200 lomakkeesta palautettiin 79 neljä viikkoa niiden jakamisesta. Vastausprosentti oli täten 40. Valtaosa vastaajista oli 60–69-vuotiaita, ja vastaajien iän vaihteluväli oli 22–89.

Vastaajat tarvitsivat biologis-fysiologisella alueella eniten tietoa sairautensa oireista (f=66, f%=93) sekä siitä, milloin heidän tulisi soittaa hoitopaikkaan mikäli oireet pahenevat (f=66, f%=93). Paljon tietoa tarvittiin myös potilaalle tehtävistä tutkimuksista (f=66, f%=94) sekä hoitoon liittyvistä komplikaatioista (f=46, f%=93). Vähiten tietoa tarvittiin siitä, miten potilaat saavat tietoa tutkimuksen tuloksista (f=5 f%=8). Vastaajat tarvitsivat runsaasti tietoa biologis-fysiologiselta alueelta, ja ainoastaan muutama vastaaja ei kokenut tarvitsevana tietoa kyseiseltä osa-alueelta.

Toiminnallisella osa-alueella tärkeimmäksi koetut ohjauksen kohteet koskivat liikuntaa (f=57, f%=81), ruokavaliota (f=52, f%=78) sekä lepoa (f=52, f%=79), joskin osa vastaajista ei kokenut tarvitsevana ohjausta kyseisistä asioista ollenkaan luoden hajontaa tuloksiin. Apuvälineitä tarvitsevat vastaajat kokivat tarvitsevana paljon tietoa apuvälineistä, ja sama ilmiö oli havaitsevissa kotijärjestelyjä tarvitsevilla. Vähiten tietoa tarvittiin sairauden tai hoidon vaikutuksesta potilaan eritystoimintaan (f=14, f%=20).

Eniten tietoa kokemuksellisella osa-alueella tarvittiin sairauden sekä hoidon aiheuttamista tunteista (f=53, f%=78) ja kenen kanssa niistä voi keskustella

(f=49, f%=73). Vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa (f=12, f%=18). Tulokset jakautuivat suhteellisen tasaisesti, ja enemmistö vastaajista oli kaikkien väittämien kohdalla vähintään jokseenkin samaa mieltä tietojen tarpeellisuudesta.

Eettisellä osa-alueella tarvittiin runsaasti tietoa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumisesta (f=59, f%=89), omien toiveiden saamisesta kuuluville (f=59, f%=91) sekä omasta vastuusta hoidon onnistumisessa (f=59, f%=89). Potilasasiamiehestä ei tarvinnut tietoa 26% (f=26) vastaajista. Moni (f=13, f%=20) ei myöskään ajatellut asian koskevan heitä, eli ohjausta potilasasiamiehestä ei pidetty kovin tärkeänä.

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa läheisten käytettävissä olevista tiedonlähteistä (f=51, f%=77), josta he voivat saada tietoa vastaajan sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista, sekä läheisten hoitoon osallistumisen mahdollisuuksista (f=46, f%=71). Sairaalapapeista ja -teologeista (f=41, f%=65) sekä potilasjärjestöjen toiminnasta (f=38, f%=58) ei tarvittu tietoa tai niiden ei ajateltu koskevan vastaajia. Kyseisellä osa-alueella oli myös runsaasti muita väittämiä, joiden ei ajateltu koskevan itseä.

Taloudellisella osa-alueella lääkehoidon kustannukset (f=48, f%=71) sekä kuntoutus ja sen kustannukset (f=46, f%=68) olivat vastaajien mielestä tärkeimpiä asioita. Vakuutusasioista 25% (f=16) vastaajista ei tarvinnut tietoa. Kyseinen osa-alue jakautui monen muun alueen tavoin tietoa tarvitseviin ja niihin, joita asia ei koske.

Moilasan opinnäytetyössä (2014) tutkittiin sairaalapotilaiden tiedontarvetta VSSHP:n nykyisellä sydäntoimialueella. Opinnäytetyö valmistui Hoi-Pro:n toteutusvaiheessa, mutta sen aineisto on kerätty ennen VSSHP:n toimialuekohtaiseen toimintamalliin siirtymistä. Tutkimukseen osallistuivat TYKS:n sisätautien vuodeosaston, kirurgisen vuodeosaston, invasiivisen kardiologian osaston, kardiologisen poliklinikan sekä SAS:n sisätautiyksikön potilaat. Kyselylomakkeita jaettiin kaiken kaikkiaan 200 kappaletta, ja kysely tuotti yhteensä 35 vastattua lomaketta. Tulokset analysoitiin SPSS-tietojen

analysointiohjelmalla. Vastaajista 86% oli iältään 41–70-vuotiaita, ja nuorin kyselyyn vastannut oli 32-vuotias.

Bio-fysiologisella osa-alueella suurin tiedontarve kohdistui tutkimuksiin ja niihin valmistautumiseen (f=32, f%=92) sekä potilaan omiin mahdollisuuksiin estää komplikaatioita (f=32, f%=92). Vastaajat tarvitsivat myös tietoa oman sairauden aiheuttamista oireista (f=31, f%=89) ja mahdollisten tutkimusten tuloksista (f=31, f%=89). Tällä osa-alueella vastaajat kokivat tarvitsevansa vähiten tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista (f=27, f%=77).

Toiminnallisella osa-alueella suurin tarve saada tietoa kohdistui liikunnan harrastamisen mahdollisuuksiin (f=29, f%=82) sekä tarvittavan levon määrään (f=28, f%=80). Seuraavaksi eniten vastaajat tarvitsivat tietoa sopivasta ruokavaliosta (f=26, f%=74). Vähäisin tiedontarve vastaajilla kohdistui siihen, miten sairaus tai sen hoito vaikuttaa eritystoimintaan (f=19, f%=54). Tällä osa-alueella apuvälineiden saatavuus ei koskettanut lainkaan 18%:a (f=6) vastaajista.

Kokemuksellisella osa-alueella suurin tiedontarve keskittyi sairauden ja sen hoidon aiheuttamiin tunteisiin (f=24, f%=69). Tietoa tarvittiin myös siitä, kenen kanssa kyseisistä tunteista voisi tarvittaessa puhua (f=22, f%=63). Tällä osa-alueella koettiin vähiten hyödylliseksi tieto aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä (f=19, f%=54).

Eettisellä osa-alueella suurin tiedontarve kohdistui potilaan omaan vastuuseen hoidon onnistumisen kannalta (f=28, f%=80). Omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta tarvittiin myös paljon tietoa (f=27, f%=78) ja myös siitä, ketkä muut niitä voivat tarkastella (f=27, f%=77). Vähäisin tiedontarve oli potilasasiamiehen toiminnassa (f=17, f%=48).

Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella suurin tiedontarve kohdistui siihen, keneltä omaiset voivat saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (f=25, f%=71), sekä miten potilaan omaisten olisi mahdollista osallistua hoitoon (f=24, f%=68). Tällä osa-alueella vähäisin tiedontarve koski sairaalapapin tai -teologin (f=10, f%=28)

ja potilasjärjestöjen toimintaa (f=10, f%=28). Vastaajista 24% (f=8) koki ettei sairaalapapin tai -teologin tapaaminen koskettanut heitä lainkaan.

Taloudellisella osa-alueella tarvittiin paljon tietoa kuntoutuksesta ja sen taloudellisista kustannuksista (f=24, f%=68). Suuri tiedontarve kohdistui myös lääkehoidon kustannuksiin (f=24, f%=69) sekä sairauspäivärahoihin (f=23, f%=66). Tällä osa-alueella tiedontarve oli vähäisintä sopeutumisvalmennuskursseissa ja niiden kustannuksissa (f=10, f%=28).

5.1.2 Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedontarve

Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedontarvetta tutkittiin vuonna 2012 Ainikkamäen, Maunulan ja Ranteen opinnäytetyössä. Kyseinen opinnäytetyö on Hoi-Pro:n suunnitteluvaiheen työ, mutta se valmistui suunniteltua myöhemmin. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää potilasohjausta niin, että potilaalla on mahdollisuus saada omaa terveydentilaansa ja hoitoaan koskeva tarpeellinen tieto, jonka avulla hän voi osallistua terveytensä sekä hyvinvointinsa edistämiseen. Aineistoa kerättiin SPTT©-kyselylomakkeilla TYKS:n traumatologian vuodeosastolta sekä traumatologian ja ortopedian poliklinikalta. Kyselylomakkeita jaettiin 50 kappaletta molemmille osastoille. Yhteensä 85 vastatusta kyselystä hyväksyttiin 77. Valtaosa vastaajista oli 18–29- ja 50–59-vuotiaita.

Bio-fysiologiselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kaikista osa-alueista. Eniten tietoa tarvittiin siitä, milloin oireiden pahentuessa tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan (f=47, f%=62), tutkimuksiin valmistautumisesta (f=45, f%=62), sekä komplikaatioiden ehkäisemisestä (f=45, f%=62). Sairauden oireista, tehtävistä tutkimuksista sekä mahdollisista komplikaatioista tarvittiin myös tietoa. Eri hoitovaihtoehdoista tarvittiin vähiten tietoa (f=11, f%=15).

Toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa liikunnan harjoittamisesta (f=53, f%=73). Apuvälineiden saatavuudesta (f=37, f%=59), peseytymisestä (f=37, f%=57) sekä levosta (f=41, f%=58) tarvittiin myös tietoa. Sairauden ja sen

hoidon vaikutus kotijärjestelyihin (f=15, f%=27) oli vähiten tarpeellista tietoa vastaajille.

Kokemukselliselta osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa sairauden ja sen hoidon mahdollisesti aiheuttamista tunteista (f=27, f%=40) ja toiseksi eniten siitä, kenen kanssa niistä voisi keskustella (f=26, f%=39). Aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntäminen nykyisen sairauden hoidossa (f=23, f%=37) ei ollut yhtä tärkeää tietoa vastaajista.

Eettiseltä osa-alueelta suurin tiedontarve kohdistui potilaan omaan vastuuseen hoidon onnistumisessa (f=42, f%=57) sekä omiin potilasasiakirjoihin tutustumiseen (f=42, f%=58). Vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa potilasasiamiehen toiminnasta (f=25, f%=35).

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa läheisten tiedonsaannista (f=39, f%=54) ja toiseksi eniten jatkohoitopaikasta (f=31, f%=51). Potilasjärjestöjen toiminnasta (f=28, f%=53) tarvittiin vähiten tietoa.

Taloudelliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa vakuutusasioista (f=40, f%=57) ja toiseksi eniten kuntoutuksesta kustannuksineen (f=38, f%=55). Myös muut kustannusasiat, kuten lääkehoidon kustannukset (f=30, f%=44), koettiin tärkeiksi. Sopeutusvalmennuskursseista kustannuksineen (f=14, f%=26) tarvittiin vähiten tietoa.

Vuonna 2014 Vaihi ja Virta tutkivat tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedontarvetta Hoi-Pro:n toteutusvaiheen opinnäytetyössään. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeilla TYKS:n TULES-toimialueeseen kuuluvilta vuodeosastoilta, joihin kuuluvat reumaortopedia, traumojen hoito, artro, tekonivelkirurgia sekä selkäpotilaan hoito. Yhteensä 81 potilasta vastasi kyselylomakkeeseen, joista 11 hylättiin vastausten puutteellisuuden vuoksi. Työn tavoite oli tuottaa TULES-potilaiden tiedontarpeista tärkeää tietoa sairaanhoitajille. Valtaosa vastaajista oli 50–59-vuotiaita. Opinnäytetyössä ei ilmoitettu lainkaan tulosten frekvenssiprosentteja, joten tuloksia käsitellään pelkästään frekvenssien pohjalta.

Vastaajat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa biologis-fysiologiselta osa-alueelta. Kyseiseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa hoidon mahdollisista komplikaatioista (f=45). Vastaajat ajattelivat myös tarvitsevansa lisätietoa muun muassa tehtävistä tutkimuksista (f=44), miten he voivat itse ehkäistä komplikaatioita (f=43) ja miten tutkimuksen tuloksista saa tietoa (f=42). Vähiten vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa sairautensa oireista (f=30).

Toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin myös paljon tietoa. Eniten vastaajat tarvitsivat tietoa peseytymisestä (f=54), ja lisäksi tietoa tarvittiin muun muassa liikunnan harjoittamisesta (f=48) ja apuvälineiden saamisesta (f=36). Vähiten koettiin tarvetta tiedolle sairauden tai hoidon mahdollisista vaikutuksista kotijärjestelyihin (f=25).

Kokemukselliselta osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, kenen kanssa he voivat puhua tunteistaan, jotka liittyvät heidän sairauteensa ja sen hoitoon (f=30). Myös aikaisempien sairaalajaksojen kokemusten hyödyntäminen nykyisessä hoidossa oli tarpeellista tietoa (f=23). Sen sijaan vähiten tietoa tarvittiin sairauden ja sen hoidon mahdollisesti herättämättä tunteista (f=19).

Eettiseltä osa-alueelta tieto potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa (f=44) koettiin tarpeelliseksi. Omien toiveiden saaminen kuuluville hoidon aikana (f=31) ja miten hoitoon liittyvään päätöksentekoon voi osallistua (f=30) olivat myös tarpeellista tietoa vastaajien mielestä. Potilasasiamiehen toiminnasta (f=21) ei sen sijaan tarvittu paljon tietoa.

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa sairautta ja sen hoitoa koskevista asioista (f=31). Myös läheisten mahdollisuuksista osallistua hoitoon (f=25) sekä jatkohoitopaikan saamisesta (f=25) tarvittiin enemmän tietoa. Sairaalapapin ja -teologin tapaamisesta (f=9) ei tarvittu paljon tietoa.

Taloudelliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kuntoutuksesta kustannuksineen (f=32), ja myös jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon

kustannukset (f=24) sekä lääkehoidon kustannukset (f=22) koettiin tarpeelliseksi tiedoksi. Vähiten tietoa tarvittiin vakuutusasioista f=15).

5.1.3 Neurologisten potilaiden tiedontarve

Heinonen, Hörkkö ja Arponen tutkivat vuonna 2014 neurologisten potilaiden tiedontarvetta Hoi-Pro:n toteutusvaiheen opinnäytetyössään, ja sen tavoitteena oli kehittää neurotoimialueiden potilasohjausta. Tutkimuksessa käytettiin kyselylomakkeita vastausten keräämiseen TYKS:n Neurotoimialueen eri osastoilta ja poliklinikoilta sekä SAS:n sisätautiosastolta ja neurologian poliklinikalta. Yhteensä 160 kyselylomaketta jaettiin osastoille. Kaikilta osastoilta ei kuitenkaan saatu täytettyjä kyselylomakkeita takaisin. Yhteensä vastauksia saatiin 76 potilaalta, ja vastausprosentti oli 48%. Valtaosa vastaajista oli yli 60-vuotiaita. Biologis-fysiologisella osa-alueelta tarvittiin yleisesti paljon tietoa. Vastaajat tarvitsivat eniten tietoa potilaan omista mahdollisuuksista estää komplikaatioita syntymästä (f=65, f%=85) ja toiseksi eniten hoidon komplikaatioista (f=63, f%=83). Sairauden oireista vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa (f=13, f%=17).

Toiminnallisella osa-alueella vastaajat tarvitsivat eniten tietoa potilaan mahdollisuuksista toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeittensa hoitamisessa (f=58, f%=76) ja toiseksi eniten liikunnan harjoittaminen (f=57, f%=75). Oikeanlaisesta ruokavaliosta (f=22, f%=30) tarvittiin vähemmän tietoa.

Kokemuksellisella osa-alueella tarvittiin eniten tietoa sairauden ja hoitojen potentiaalisesti aiheuttamista tunteista (f=51, f%=67). Aikaisempien sairaalakokemusten hyödynnettävyys tämänhetkisen sairauden hoidossa (f=19, f%=25) koettiin vähiten tarpeellisimmaksi tiedoksi.

Eettisellä osa-alueella vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa siitä, miten potilaan oma vastuu hoidosta tukee hoidon onnistumista (f=58, f%=78). Tietoa tarvittiin myös potilaan mahdollisuuksista saada omat toiveensa kuulluksi hoidon aikana (f=57, f%=76) sekä miten potilas pystyy tutustumaan potilasasiakirjoihinsa (f=56, f%=76). Sen sijaan tietoa eri ammattiryhmien vastuualueiden

määrittelyistä hoidon aikana (f=19, f%=25) ei yleisesti ottaen koettu tarpeelliseksi.

Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella tarvittiin eniten tietoa siitä, keneltä vastaajien läheiset saavat tietoa heidän sairaudestaan ja sen hoidosta (f=52, f%=70) ja toiseksi eniten läheisten osallistumismahdollisuuksista potilaan hoitoon (f=50, f%=67). Vähiten tietoa tarvittiin sairaalapapista ja -teologista (f=36, f%=36).

Ekonomisella osa-alueella kuntoutus kustannuksineen (f=47, f%=63) koettiin tärkeimmäksi tiedoksi ja sairauspäivärahaan (f=44, f%=59) liittyvät asiat koettiin toiseksi tärkeimmäksi. Sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen (f=20, f%=27) tarvittiin tietoa selvästi vähemmän.

Jokisen ja Julkun vuonna 2014 valmistuneessa opinnäytetyössä tutkittiin VSSH:n tulevan neurologisen toimialueen potilaiden tiedontarvetta. Opinnäytetyö on Hoi-Pro:n toteutusvaiheen työ. Tutkimuksen tavoitteena oli neurologisten ja neurokirurgisten potilaiden potilasohjauksen kehittäminen. Aineistoa kerättiin marraskuussa 2012 kyselylomakkeilla TYKS:n neurotoimialueen eri osastoilta sekä SAS:n neurologian poliklinikalta ja sisätautien yksiköstä. Yhteensä kyselylomakkeita jaettiin 160, ja SAS:n sisätautien osastolta ei saatu yhtäkään vastausta. Tutkimukseen osallistui 67 potilasta, ja valtaosa heistä oli 35–65-vuotiaita.

Biologis-fysiologisella osa-alueella oli suuri tiedontarve, ja eniten tietoa tarvittiin sairauden oireista (f=57, f%=85) sekä tehtävistä tutkimuksista (f=57, f%=86). Lisäksi vastaajat tarvitsivat tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista (f=55, f%=82). Suuri tiedontarve näkyi myös siinä, että vastauksista ei erottunut selkeästi mitään kysymystä, joka ei olisi kiinnostanut vastaajia.

Toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin myös paljon tietoa. Eniten sitä tarvittiin yksilökohtaisten tarpeitten hoitamisesta sairaalassa tai poliklinikalla (f=51, f%=79) ja toiseksi eniten sairauden mahdollisista vaikutuksista kotijärjestelyihin (f=49, f%=62) ja lepäämisestä (f=40, f%=75). Vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa siitä, milloin he voivat käydä suihkussa, saunassa ja kylvyssä (f=39, f%=25).

Kokemukselliselta osa-alueelta tarvittiin huomattavasti eniten tietoa sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista ($f=49$, $f\%=75$). Tietoa haluttiin myös siitä, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella ($f=45$, $f\%=68$), sekä aikaisemmista sairaalajaksoista saadun kokemuksen hyödynnettävyydestä nykyisessä hoidossa ($f=44$, $f\%=67$).

Eettiseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa ($f=55$, $f\%=84$). Potilaan oikeudet sairaalassa ($f=54$, $f\%=82$) sekä omien toiveiden saaminen kuuluville hoidon aikana ($f=53$, $f\%=81$) koettiin myös tarpeelliseksi tiedoksi.

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, keneltä läheiset saavat tietoa potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista ($f=52$, $f\%=79$) sekä läheisten osallistumismahdollisuuksista potilaan hoitoon ($f=51$, $f\%=78$). Toiseksi eniten tietoa tarvittiin tukihenkilön saamisesta sairaalajakson jälkeen ($f=37$, $f\%=59$). Vähiten tietoa tarvittiin sairaalapapista tai -teologista ($f=20$, $f\%=33$) ja potilasjärjestöistä ($f=21$, $f\%=35$).

Ekonomiselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kuntoutuksesta kustannuksineen ($f=46$, $f\%=73$) ja toiseksi eniten lääkehoidon kustannuksista ($f=39$, $f\%=63$) sekä koti- tai jatkohoidon kustannuksista ($f=39$, $f\%=63$). Selkeästi vähiten kiinnostavaa väittämää ei erottunut.

5.1.4 Vatsaelinkirurgisten ja urologisten potilaiden tiedontarve

Vatsaelinkirurgisten sekä urologisten potilaiden tiedontarvetta tutkittiin ja kartoitettiin SPTT©-mittarilla Kaartisen ja Sundellin vuonna 2013 ilmestyneessä opinnäytetyössä. Opinnäytetyö on Hoi-Pro:n suunnitteluvaiheen työ, mutta se valmistui suunniteltua myöhemmin. Yhteensä 370 kyselylomaketta jaettiin, joista 203 palautettiin vastattuna. Palautetuista lomakkeista hyväksyttiin 170 kappaletta. Urologisia potilaita vastanneista oli 25% ja gastrokirurgisia oli 75%. Kokonaisvastausprosentti oli 46%. Valtaosa vastaajista oli 61–70-vuotiaita.

Bio-fysiologiselta alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa tutkimuksista ($f=97$, $f\%=79$) sekä niihin valmistautumisesta ($f=96$, $f\%=78$).

Kyseiseltä osa-alueelta tarvittiin selvästi eniten tietoa kaikista osa-alueista, mutta $\leq 4\%$ vastaajista ei kokenut tarvitsevansa ollenkaan siitä tietoa.

Toiminnalliselta osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa ruokavaliosta ($f=80$, $f\%=68$), ja tietoa tarvittiin myös eritystoimintaan liittyvistä asioista ($f=73$, $f\%=66$). Vastaajista 9% ($f=9$) ei tarvinnut tietoa sairauden tai hoidon vaikutuksesta kotijärjestelyihin, ja 8% ($f=8$) ei tarvinnut tietoa apuvälineistä.

Kokemukselliselta osa-alueelta tarvittiin jonkin verran tietoa. Eniten tietoa tarvittiin sairauden ja sen hoidon mahdollisesti herättämistä tunteista ($f=58$, $f\%=51$) sekä mahdollisuuksista keskustella kyseisistä tunteista ($f=59$, $f\%=51$). Aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa ($f=48$, $f\%=43$) tarvittiin vähiten tietoa.

Eettiseltä osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa potilaan vastuusta hoitonsa onnistumisessa ($f=75$, $f\%=63$). Tietoa tarvittiin myös omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta ($f=68$, $f\%=58$), kenelle heidän tietojaan annetaan ($f=67$, $f\%=58$) sekä miten potilas voi saada omat toiveensa kuuluville hoitonsa aikana ($f=71$, $f\%=59$). Eri ammattiryhmien vastualueiden määrittelystä vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa vähiten ($f=41$, $f\%=36$).

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa liittyen sairauteen sekä sen hoitoon ($f=70$, $f\%=61$), ja jatkohoitopaikasta ($f=60$, $f\%=63$). Sairaalapapista ja -teologista ($f=19$, $f\%=24$) sekä potilasjärjestöistä tarvittiin vähiten tietoa ($f=24$, $f\%=26$).

Taloudelliselta osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat tietoa eniten kuntoutuksesta kustannuksineen ($f=51$, $f\%=52$), ja myös lääkehoidon kustannuksista ($f=46$, $f\%=47$), vakuutusasioista ($f=41$, $f\%=46$), jatkohoidon kustannuksista ($f=45$, $f\%=47$) sekä sairauspäivärahasta ($f=37$, $f\%=42$) tarvittiin kohtalaisesti tietoa. Vastaajista 9% ei tarvinnut tietoa sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen.

Bio-fysiologiselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista (f=28, f%=68). Vastaukset olivat jakautuneet hyvin tasaisesti, eikä selvästi vähemmän kiinnostavia kysymyksiä esiintynyt kyseisellä osa-alueella. Ainoastaan 'Miten potilas voi itse estää komplikaatioita' -väitteeseen vastattiin 'Täysin eri mieltä' (f=2, f%=5).

Toiminnalliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa eritystoiminnasta (f=28, f%=68), ja myös hoidon apuvälineistä (f=23, f%=62) tarvittiin tietoa. Vähiten tietoa tarvittiin levon määrästä (f=12, f%=29) sekä ruokavaliosta (f=18, f%=43).

Kokemukselliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa siitä, kenen kanssa he voivat keskustella sairauteensa ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (f=19, f%=48), ja kyseisistä tunteista tarvittiin myös tietoa (f=17, f%=42). Aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntäminen hoidossa (f=14, f%=38) koettiin vähiten tarpeellisimmaksi tiedoksi kyseisellä osa-alueella.

Eettiseltä osa-alueella urologiset potilaat vastasivat eniten olevansa jokseenkin samaa mieltä. Kyseistä vaihtoehtoa tulkitessa vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, miten he voivat saada oman äänensä kuuluviin hoitoa koskevissa asioissa (f=21, f%=51). Toiseksi eniten tietoa tarvittiin omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin (f=16, f%=46). Eri ammattiryhmien vastuualueista (f=9, f%=23) tarvittiin vähiten tietoa.

Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa jatkohoitoapaikasta (f=22, f%=63) ja vähiten potilasjärjestöjen toiminnasta (f=7, f%=21). Sairaalapapin ja -teologin tapaamisesta (f=9, f%=36) tarvittiin myös vain vähän tietoa verrattuna muihin osa-alueen kohtiin.

Taloudelliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat tietoa eniten kuntoutuksesta kustannuksineen (f=17, f%=46), ja myös lääkekustannuksista (f=16, f%=42) tarvittiin tietoa. Vakuutusasioista (f=7, f%=25) vastaajat eivät kokeneet tarvitsevänsä paljon tietoa.

Ala-Huikku ja Arponen selvittivät vuonna 2014 Hoi-Pro:n toteutusvaiheessa valmistuneessa työssään polikliinisen gastroenterologisen potilaan tiedontarvetta SPTT©-mittarilla mitattuna. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 100 kappaletta ja niihin vastasi yhteensä 36 henkilöä, jotka olivat iältään 18–74-vuotiaita.

Kyselyn mukaan kaikilta osa-alueilta tarvittiin tietoa. Bio-fysiologisella osa-alueella tiedontarve jakaantui tasaisesti, mutta suurin tiedontarve kohdistui tehtäviin tutkimuksiin (f=32, f%=91). Seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin sairauden oireista (f=32, f%=89) ja siitä, miten potilas itse voisi ehkäistä mahdollisia komplikaatioita (f=32, f%=89). Vähiten tietoa tarvittiin siitä, milloin potilaan tulee ottaa yhteyttä ammattilaisiin oireiden pahentuessa (f=5, f%=15).

Toiminnalliselta osa-alueelta eniten tietoa tarvittiin siitä, miten voi toimittaa henkilökohtaiset tarpeet yksilöllisesti hoitopaikassa (f=30, f%=85). Seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin ruokavaliosta (f=30, f%=83) ja liikunnasta (f=25, f%=70). Vähiten tietoa tarvittiin levosta (f=7, f%=20) ja sairauden tai mahdollisten hoitojen vaikutuksista eritystoimintaan (f=7, f%=20). Tähän kyselyyn vastanneet kokivat, että informaatio peseytymisestä (f=12, f%=34), kotijärjestelyistä (f=14, f%=39) ja apuvälineiden saatavuudesta (f=15, f%=42), ei oikeastaan koske heitä.

Kokemuksellisella osa-alueella suurin tiedontarve liittyi siihen, kenen kanssa voi keskustella sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista (f=25, f%=72). Seuraavaksi eniten vastaajat tarvitsivat tietoa sairauden ja sen hoidon mahdollisesti aiheuttamista tunteista (f=23, f%=64). Vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemusten hyödyllisyydestä nykyisessä hoidossa (f=9, f%=25).

Eettisellä osa-alueella vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, miten he voisivat itse tutustua omiin potilasasiakirjoihinsa (f=32, f%=91), mikä on potilaan oma vastuu hoidon onnistumisen kannalta (f=32, f%=90) sekä miten potilas voi saada omat toiveensa esille hoidon aikana (f=31, f%=87). Vastaajat tarvitsivat

vähiten tietoa hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien vastualueiden määrittelystä (f=12, f%=33).

Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella suurin tiedontarve keskittyi ylivoimaisesti siihen, keneltä läheiset voivat saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (f=29, f%=80) sekä tietoon jatkohoitopaikan saatavuudesta (f=21, f%=59). Vähiten tietoa tarvittiin mahdollisuudesta tavata sairaalapappi tai -teologi (f=13, f%=36) sekä potilasjärjestöjen toiminnasta (f=12, f%=33). Vastaajista 39% (f=14) koki että tapaaminen sairaalapapin tai -teologin kanssa ei kosketa heitä lainkaan.

Taloudellisella osa-alueella eniten tietoa tarvittiin lääkehoidon kustannuksista (f=23, f%=63). Seuraavaksi eniten vastaajat tarvitsivat tietoa sairauspäivärahoista (f=21, f%=61) ja kuntoutuksesta sekä sen kustannuksista (f=21, f%=59). Tällä osa-alueella vähiten tietoa tarvittiin sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (f=6, f%=16). Tiedontarpeet jakaantuivat väittämien välillä tällä osa-alueella hyvin tasaisesti, lukuun ottamatta sopeutumisvalmennuskurssia ja sen kustannuksia. Vastaajista 36% (f=13) koki etteivät sopeutumisvalmennuskurssit ja niiden kustannukset koske heitä lainkaan.

5.2 Käytetyt ohjausmenetelmät ja potilaiden toiveet niiden suhteen

5.2.1 Nuorten diabetespotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Salon aluesairaalan diabetespoliklinikan nuorten potilaiden saamaa ja toivomaa ohjausta on käsitelty Kantolan ja Uusitalon (2013) opinnäytetyössä joka valmistui Hoi-Pro:n toteutusvaiheessa. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 65 lapselle, joista 18 (28%) vastasi lomakkeeseen. Kyselyyn vastanneet lapset olivat 8–17-vuotiaita, ja eniten vastauksia saatiin 12–13-vuotiailta.

Itsenäinen tiedonhaku oli suosituinta kirjoista, lehdistä (f=9, f%=50), ja diabetesyhdistyksen sivuilta (f=9, f%=50) sekä hakukone Googlesta (f=7, f%=39). Sosiaalisen median Facebook (f=14, f%=78) ja internetin keskustelupalstat (f=12, f%=67) olivat vähiten käytettyjä menetelmiä

tiedonhaussa. Facebookista (f=8, f%=44) ja keskustelupalstoilta (f=10, f%=56) toivottiin myös vähiten tietoa. Lapset halusivat eniten saada tietoa diabeteksestä alan lehdistä ja kirjoista (f=14, f%=78) sekä Diabetesyhdistyksestä (f=15, f%=83).

Jokainen lapsista (f=18) oli saanut tietoa diabeteksestä keskustelemalla terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Kirjallista materiaalia oli myös saatu runsaasti (f=15, f%=83). Ohjausta ja tietoa oli saatu vähiten tekstiviestillä (f=14, f%=78), sähköpostilla (f=13, f%=72) ja diabetesliiton sopeutumisvalmennuskursseilta (f=11, f%=61).

Lapset toivoivat eniten saavansa ohjausta keskustelussa hoitajan tai lääkärin kanssa (f=17, f%=94). Kirjallista materiaalia (f=15, f%=83) ja ryhmäohjausta (f=12, f%=67) toivottiin myös paljon. Tekstiviesti (f=10, f%=56) ja sähköposti (f=7, f%=39) olivat vähiten toivotuimmat tavat saada ohjausta terveydenhuollon yksiköltä.

Vastaajilla oli mahdollisuus vastata myös avoimeen kysymykseen, jossa kartoitettiin vastaajien toiveita saada ohjausta jollain muulla tavalla kuin kyselyssä jo mainituilla tavoilla. Avoimeen kyselyyn vastasi vain kolme henkilöä. Yksi lapsista vastasi, ettei tarvitse ohjausta muilla tavoilla kyselylomakkeessa mainittujen tapojen lisäksi. Toinen lapsi oli sairastanut diabetesta niin nuoresta lähtien, että hän oli saanut suurimman osan ohjauksesta äidiltään. Kolmannessa vastauksessa toivottiin henkilökohtaisia keskusteluja sekä sopeutumisvalmennuskursseja.

5.2.2 Työikäisten diabetespotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Kakko ja Virta (2013) selvittivät Hoi-Pro:n toteutusvaiheessa valmistuneessa työssään, miten työikäiset diabeetikot ovat saaneet tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sekä miten ohjaus tulisi heidän mielestään järjestää diabetespoliklinikalla. Jokaiseen lähetettyyn kyselylomakkeeseen vastattiin, joten vastausprosentiksi tuli 100%. Vastaajia oli yhteensä 51 henkilöä ja he olivat iältään 38–57-vuotiaita.

Kyselyn mukaan suosituin tapa etsiä tietoa oli hakukone Google (f=28, f%=58). Vastaajat olivat etsineet tietoa vähiten keskustelupalstoilta (f=23, f%=45), terveystaaleista (f=22, f%=43), potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=22, f%=43) ja sosiaalisesta mediasta (f=17, f%=33). Internetistä tietoa haluttiin erityisesti Googlesta (f=39, f%=85), potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=32, f%=67) sekä terveystaaleista (f=26, f%=55). Vähiten tietoa internetistä toivottiin sosiaalisesta mediasta (f=16, f%=31) ja keskustelupalstoilta (f=15, f%=29).

Diabetespoliklinikan potilailla suosituin tapa saada ohjausta oli perinteinen suullinen ohjaus (f=49, f%=96). Ohjausta oli saatu paljon myös kirjallisen materiaalin muodossa (f=41, f%=82). Vähiten ohjausta oli saatu tekstiviestillä (f=42, f%=82), vertaistukiryhmistä (f=38, f%=75), sähköpostilla (f=35, f%=67) ja ryhmäohjauksessa (f=30, f%=59).

Toivotuin tapa saada ohjausta oli perinteinen suullinen ohjaus (f=44, f%=92) ja kirjallinen materiaali (f=40, f%=82). Seuraavaksi eniten toivottiin ohjausta sähköisesti, esimerkiksi sähköpostin välityksellä (f=27, f%=57), ja suullista ohjausta puhelimesta (f=29, f%=55). Vähiten toivottiin ohjausta tekstiviestillä (f=22, f%=43), vertaistukiryhmissä (f=21, f%=41) ja ryhmäohjauksessa (f=16, f%=31).

5.2.3 Neurologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Kujalan ja Mäen (2014) opinnäytetyössä selvitettiin, miten SAS:n työikäiset neurologiset avopotilaat kokevat saavansa ohjausta ja minkälaista ohjausta he toivovat. Kyselyitä lähetettiin 30, joihin 20 (67%) työikäistä neurologisen poliklinikan potilasta vastasi.

Kyselyyn vastanneilla suosituin tapa hakea tietoa oli internetin hakukoneet (f=13, f%=65). Seuraavaksi suosituimpia menetelmiä olivat potilasyhdistysten verkkosivut (f=7, f%=37) ja keskustelupalstat (f=7, f%=35). Tiedonhaussa oli käytetty vähiten sosiaalista mediaa (f=15, f%=75) ja terveystaaleja (f=13, f%=68). Internetistä tietoa toivottiin eniten hakukoneista (f=11, f%=58),

terveysportaaleista (f=10, f%=53) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=10, f%=53). Internetistä tietoa toivottiin vähiten sosiaalisesta mediasta (f=8, f%=42).

Yleisin tapa saada ohjausta oli suullinen keskustelu terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (f=15, f%=79). Kirjalliset ohjeet (f=13, f%=68) ja puhelimen kautta annettu (f=13, f%=65) ohjaus olivat myös suosittuja. Ohjausta oli saatu vähiten sähköpostilla (f=17, f%=89), tekstiviestillä (f=15, f%=79), potilasyhdistyksiltä (f=15, f%=79) ja ryhmäohjauksessa (f=14, f%=74).

Toivotuimmat ohjausmenetelmät olivat suullinen henkilökohtainen ohjaus (f=18, f%=95) ja kirjallinen materiaali (f=16, f%=94). Seuraavaksi eniten toivottiin puhelimesta tapahtuvaa ohjausta (f=12, f%=66). Tekstiviesti (f=10, f%=56) oli menetelmistä vähiten toivottu tapa saada ohjausta. Kyselyn avoimeen kysymykseen vastasi vain yksi henkilö, joka toivoi ohjausta suoraan lääkäriltä.

5.2.4 Työkäisten reumapotilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Aaltonen ja Jantunen (2013) selvittivät opinnäytetyössään, miten työikäiset reumapotilaat ovat saaneet ohjausta sairauteensa ja sen hoitoon liittyen sekä miten he toivoisivat saavansa tietoa. Kyselyitä lähetettiin 34 kappaletta, joihin vastasi Salon aluesairaalan reumapoliklinikalta 33 (97%) potilasta, jotka olivat iältään 22–63 -vuotiaita.

Vastaajat olivat hakeneet tietoa eniten internetin hakukoneiden avulla (f=18, f%=54). Vähiten tietoa oli haettu internetissä sosiaalisesta mediasta (f=20, f%=65), keskustelupalstoilta (f=17, f%=55) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=17, f%=55). Internetin kautta saatavaa tietoa toivottiin eniten potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=20, f%=67), terveysportaaleista (f=20, f%=64) ja hakukoneista (f=19, f%=62). Sosiaalisesta mediasta (f=17, f%=57) ja keskustelupalstoilta (f=14, f%=47) vastaajat halusivat vähiten tietoa.

Kyselyn mukaan vastaajat ovat saaneet eniten yksilöllistä ohjausta (f=30, f%=91) ja kirjallista materiaalia (f=27, f%=82) terveydenhuollon ammattilaisilta. Vähiten ohjausta oli saatu tekstiviestillä (f=28, f%=93), sähköisesti (f=26, f%=87), vertaistukiryhmissä (f=24, f%=80) ja ryhmäohjauksessa (f=22, f%=73).

Vastaajat toivoivat eniten saavansa yksilöllistä suullista ohjausta (f=29, f%=88) sekä kirjallista materiaalia (f=30, f%=94) terveydenhuollon ammattilaisilta. Vähiten tietoa ja ohjausta haluttiin tekstiviestillä (f=17, f%=57), ryhmäohjauksessa (f=14, f%=47) ja vertaistukiryhmissä (f=13, f%=43).

Kysely sisälsi myös avoimen kysymyksen, johon vastasi kaksi potilasta. Ensimmäinen heistä totesi jo kyselyssä mainittujen menetelmien olevan riittäviä ja toinen toivoi vuorokauden ympäri toimivaa puhelinpalvelua uusien kysymysten varalta.

5.2.5 Kardiologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Malmi ja Virtanen (2013) selvittivät opinnäytetyössään kardiologisen potilaan ohjaukseen käytettäviä menetelmiä ja toiveita työikäisten potilaiden näkökulmasta. Kyselyn osallistujamäärä jäi kovin pieneksi, sillä sadasta lomakkeesta vain kahdeksaan vastattiin. Tästä syystä kyselyn tuloksia tulisi tarkastella kriittisesti. Kyselyn tuloksia oli käsitelty ainoastaan frekvensseinä ja keskiarvoina, joten työn tulokset esitetään pelkästään frekvensseinä.

Kyselyn mukaan suosituin menetelmä tiedonhakuun oli internetin hakukoneet, esimerkiksi Google (f=5). Potilasyhdistysten verkkosivuja (f=6) ei ollut käytetty tiedonhaussa lainkaan. Internetin kautta saatavaa tietoa toivottiin eniten hakukoneista (f=6) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=6). Keskustelupalstoilta (f=4) toivottiin vähiten tietoa ja sosiaalisesta mediasta (f=6) ei toivottu lainkaan tietoa.

Terveydenhuollon yksiköltä saatu ohjaus oli useimmiten henkilökohtaista suullista ohjausta (f=4) tai kirjallinen ohje (f=4). Vastaajista kukaan ei ollut saanut tietoa potilasyhdistyksiltä tai vertaistukiryhmiltä. Henkilökohtainen suullinen ohjaus (f=4) ja kirjallinen materiaali (f=4) olivat toivotuimpia menetelmiä saada ohjausta terveydenhuollon yksiköiltä. Kukaan kyselyyn osallistunut ei halunnut saada tietoa vertaistukiryhmiltä tai potilasyhdistyksiltä (f=6).

5.2.6 Gastroenterologisten potilaiden ohjausmenetelmät ja -toiveet

Lassila ja Mäkinen (2013) selvittivät opinnäytetyössään gastroenterologisten potilaiden ohjausmenetelmiä ja näkemyksiä saamansa ohjauksen suhteen. Kysely lähetettiin sadalle SAS:n sisätautiyksikön potilaalle, joista 15 (15%) osallistui kyselyyn.

Vastaajat olivat hakeneet eniten tietoa internetin hakukoneilla (f=9, f%=69). Sosiaalinen media (f=9, f%=63) ja potilasyhdistysten verkkosivut (f=7, f%=54) olivat vähiten käytetyimmät tiedonhakumenetelmät tässä kyselyssä. Internetin kautta saatavaa tietoa toivottiin eniten potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=10, f%=83), hakukoneista (f=10, f%=83) ja terveystaaleista (f=5, f%=38). Sosiaalisesta mediasta (f=6, f%=50) toivottiin vähiten tietoa tässä kyselyssä.

Tulosten mukaan potilaat olivat saaneet eniten ohjausta suullisesti (f=12, f%=80) sekä kirjallisen materiaalin (f=10, f%=67) muodossa terveydenhuollon yksiköistä. Seuraavaksi eniten tietoa oli saatu suullisesti puhelimesta (f=4, f%=27). Ohjausta oli saatu vähän tai ei lähes ollenkaan tekstiviestillä (f=14, f%=100), ryhmäohjauksessa (f=13, f%=93), vertaistukiryhmissä (f=13, f%=93) ja sähköpostilla (f=13, f%=93).

Toivotuimmat tavat saada ohjausta olivat henkilökohtainen ohjaus (f=14, f%=93) terveydenhuollon henkilöltä ja kirjallinen materiaali (f=14, f%=93). Seuraavaksi eniten toivottiin ohjausta puhelimesta suullisesti (f=8, f%=53). Tekstiviestillä (f=12, f%=86), vertaistukiryhmistä (f=8, f%=57) ja ryhmäohjauksesta (f=8, f%=57) vastaajat halusivat tietoa vähiten. Ryhmässä tapahtuva ohjaus ei saanut kannatusta kuin kahdelta vastaajalta, jotka toivoivat ryhmäohjausta melko paljon.

Kysely sisälsi myös avoimen kysymyksen, johon saatiin kolme vastausta. Kaksi vastauksesta käsitteli ajantasaista tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta sähköpostin välityksellä ja yhdessä toivottiin luentoja ravitsemuksesta.

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Jotta tutkimus tuloksineen voidaan luokitella eettisesti hyväksyttäväksi, luotettavaksi ja uskottavaksi, se tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyössä noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimuksen suunnittelu-, toteutus- ja julkaisuvaiheessa, kuten tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset edellyttävät. Aikaisempien tutkimusten tuloksiin viitataan asianmukaisella tavalla opinnäytetyössä ja sen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tuottaa omat haasteensa tutkimustiedon jäsentäjänä. Lähdemateriaalina käytettyjen tutkimusten objektiivinen referointi sekä niiden laadun arvioiminen katsaukselle asetettuja kriteereitä noudattaen on tärkeää laadukkaan tutkimustyön kannalta (Salminen 2011). Lähteen arvioimisessa korostuvat erityisesti: lähteen luotettavuus; lähteen kirjoittajan luotettavuus; lähteen mahdollisimman alkuperäinen sijainti, eli sekundääritiedon välttäminen; lähteen ajankohtaisuus ja tuoreus (Tampereen yliopisto 2014).

Aineistona käytetyt opinnäytetyöt valittiin osaksi opinnäytetyötä tiukoin kriteerein. Opinnäytetyön tuli olla Hoi-Pro:n Potilasohjaus-osatehtävän myötä valmistunut tuotos. Jos opinnäytetyössä käytettiin SPTT©-mittaria, työn ei tarkoituksen ei tullut olla mittarin testaus.

SPTT-mittaria, joka on Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen kehittämä, on testattu lukuisissa tutkimuksissa ja modifioitu tulosten perusteella (KASTE 2009). SPTT©-mittarin kyselyssä on yhteensä 10 taustakysymystä ja 40 väittämää, mikä tekee siitä suhteellisen pitkän kyselyn. Tämä voi vaikuttaa vastausprosenttiin ratkaisevasti, sillä esimerkiksi heikko terveys voi estää potilaita vastaamasta niin pitkään kyselyyn. Lisäksi heikko suomen kielen osaaminen voi olla este kyselyn täyttämiseksi. Lähteiksi valittuja opinnäytetöitä tutkittiin tarkasti ja niiden tulokset raportoitiin töiden tekijöiden valitsemia analysointitapoja kunnioittaen.

Aineistona käytetyistä opinnäytetöistä jokainen oli määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Eri menetelmäsuuntauksissa on omat haasteensa reliabiliteetin eli pätevyyden ja validiteetin eli luotettavuuden suhteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pätevyyden kannalta olennaista on tulosten toistettavuus sekä analyysin johdonmukaisuus. Luotettavuuden kannalta olennaista on tutkimusaineiston analysoimisessa käytetyn mittarin toimivuus tarkoituksenmukaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden ja pätevyyden kannalta olennaista on tutkimuksen luotettavuus, uskottavuus, toistettavuus sekä yleistettävyys. (Jyväskylän yliopisto 2015).

Turun ammattikorkeakoululla oli monta aihevaihtoehtoa opinnäytetyölle. Kaikista vaihtoehdoista potilasohjaus valikoitui sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan tutkintoihin parhaiten sopivaksi. Lähteinä käytettyjen opinnäytetöiden rajaamisen jälkeen tutkimuskysymykset muotoiltiin tarkasti, jotta niihin vastaaminen olisi realistisesti mahdollista, ja jotta ne tuottaisivat hyödynnettävää tietoa. Tutkimuskysymykset ovat tarkasti rajattuja, mikä helpottaa tuloksien lukemista ja ymmärtämistä.

Aineiston tutkimusjoukkojen potilaiden yksityisyyden varjeleminen ei tuota tässä opinnäytetyössä tutkimuseettistä ongelmaa, sillä opinnäytetöiden kyselyiden tulokset ovat anonyymejä. Opinnäytetyön aiheen valinta loi itsessään eettisen kysymyksen tutkimuksesta saadun tiedon merkityksellisyydestä ja hyödyllisyydestä. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2015). Potilasohjauksella on merkittävä rooli potilaiden terveydessä ja turvallisuudessa sekä terveydenhuollon sujuvuudessa, joten aihe on relevantti ja tutkimuksen arvoinen (Lipponen 2014).

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli koota yhteen Hoi-Pro:n potilasohjaus- osatehtävän myötä syntyneet opinnäytetyöt. Töitä tutkittiin potilaiden tiedontarpeen sekä ohjausmenetelmätoiveiden näkökulmasta.

Sairaalapotilaan tiedontarvetta SPTT©-mittarilla tutkittaessa monet väittämät nousivat selkeästi enemmän esille kuin toiset. Aikaisempien opinnäytetöiden perusteella tietoa tarvittiin eniten tehtävistä tutkimuksista, sairauden sekä hoidon aiheuttamista tunteista, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella, omasta vastuusta hoidon onnistumisessa, keneltä läheiset voivat saada tietoa vastaajan sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista, kuntoutuksesta sekä sen kustannuksista. Paljon tietoa tarvittiin myös komplikaatioiden ehkäisemisestä, liikunnasta, omien toiveiden saamisesta kuuluville hoidon aikana, omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta, jatkohoitopaikasta sekä lääkehoidon kustannuksista.

Vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa, potilasasiamiehestä, sairaalapapista ja -teologista, potilasjärjestöjen toiminnasta, sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen sekä potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastualueiden määrittelystä. Vähemmän kiinnostusta herättivät myös sairauden tai hoidon vaikutus potilaan eritystoimintaan ja kotijärjestelyihin sekä vakuutusasiat. Joidenkin väittämien kohdalla tietoa ei yleisesti ottaen tarvittu, mutta tietyt potilasryhmät tarvitsivat siitä tietoa sairautensa takia. Esimerkiksi gastroenterologiset potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa eritystoiminnasta toisin kuin valtaosa muista potilaista.

Potilaiden tiedontarpeet vaihtelevat luonnollisesti heidän sairautensa eri vaiheissa. Aikaisemman tutkitun tiedon mukaan sairaalapotilaiden ohjauksessa keskitytään pääosin bio-fysiologiseen tietoon, kun taas toiminnallinen sekä kokemuksellinen tieto jää vähemmälle. Eettisen ja taloudellisen osa-alueen tiedon ohjaus on myös hyvin puutteellista. Potilaat pitävät tärkeänä tietona bio-

fysiologisen alueen aiheita, mutta myös esimerkiksi kuntoutuksesta, vapaa-ajasta ja omahoidosta tarvitaan tietoa. (Heikkinen ym. 2006, Ahosen ym. 2012, 35 mukaan.) Tarpeellisimmiksi koetuimmat väittämät jakaantuivat kuitenkin katsauksen tuloksissa suhteellisen tasaisesti eri osa-alueiden kesken. Kaikilta osa-alueilta toiminnallista osa-aluetta lukuunottamatta tarvittiin ainakin yhdestä väittämästä selvästi paljon tietoa.

Tunteihin liittyvät väittämät kuuluvat kokemukselliseen osa-alueeseen, ja niistä tarvittiin selvästi paljon tietoa. Potilaiden henkisestä tasapainosta huolehtiminen on tärkeää somaattisten terveysongelmien hoidossa, sillä sairaus voi vaikuttaa merkittävästi psyykeen (Ahonen ym. 2012). On hyvä, että potilaat tunnistavat itse omat tarpeensa henkisen hyvinvointinsa suhteen. Silä on suuri vaikutus jaksamiseen ja motivaatioon, mitkä ovat tärkeitä hoidossa ja paranemisessa. Tuloksista on myös huomattavissa potilaiden halu olla itse mukana hoitoprosessissa, sillä he toivoivat paljon tietoa muun muassa omasta vastuusta hoidon onnistumisesta, miten potilas voi itse ehkäistä komplikaatioita, miten omat toiveet voi saada kuuluville hoidon aikana ja miten potilas voi itse tutustua potilasasiakirjoihinsa. Kyseisten väittämien suosio osoittavat omahoidon tukemisen tärkeyden potilaan hoidossa. (Routasalo & Pitkälä 2009.)

Tuloksista on nähtävissä, että eettisellä ja sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella oli kummassakin kaksi väittämää, jotka olivat selvästi vähemmän tarpeellisia potilaiden mielestä. Aiemman tutkitun tiedon mukaan potilaat tarvitsevat lisää tietoa järjestöjen toiminnasta ja oikeuksistaan, mutta katsauksen tulosten mukaan potilaiden mielestä potilasjärjestöjen ja potilasasiamiehen toiminta ovat vähemmän tarpeellista tietoa. (Heikkinen ym. 2006, Ahosen ym. 2012, 35 mukaan.) Tämä voi johtua siitä, että potilailla ei välttämättä ole hyvää käsitystä siitä, miten he voisivat hyötyä järjestystoiminnasta, ja miksi on tärkeää, että he ovat perillä oikeuksistaan. Vähäinen tarve tiedolle sairaalapapeista ja -teologeista voi kertoa nyky-yhteiskunnan henkisestä ja fyysisestä etäännyttämisestä kirkosta ja hengellisistä asioista. Esimerkiksi evankelis-luterilaiseen kirkkoon kuului vuoden 2014 lopulla 73,7% suomalaisista, mutta

samana vuonna noin 80 000 ihmistä erosi kirkosta (Eroa kirkosta 2015; EVL 2015).

Vaihin ja Virran (2014) TULES-potilaiden tiedontarvetta käsittelevässä työssä oli mielenkiintoinen poikkeus kahden väittämän kohdalla. Sairauden ja sen hoidon aiheuttamat tunteet oli useissa opinnäytetöissä yksi tarpeellisimmiksi koetuista väittämistä, mutta Vaihin ja Virran työssä aikaisempien sairaalajaksojen kokemusten hyödyntäminen nykyisessä hoidossa, joka oli muissa opinnäytetöissä pääsääntöisesti erittäin epätarpeellista tietoa, koettiin selvästi tarpeellisemmaksi väittämäksi. (Vaihi & Virta 2014.) Potilaiden yksilöllisiä tiedontarpeita ei siis tule ohittaa, vaikka valmiin tietopaketin antaminen suullisesti tai kirjallisesti olisikin helpompaa.

Jokaiselta neljästä toimialueesta oli kerätty aineistoa kahteen opinnäytetyöhön, eli yhteensä opinnäytetöitä oli kahdeksan. Opinnäytetöiden tuloksia ei pyritty vertailemaan toimialueiden sisäisesti toisen opinnäytetyön tulosten kanssa, sillä kahden työn väliltä ei ole mielekästä tai realistista etsiä yhtäläisyyksiä, joita voisi yleistää. Sen sijaan yleiskuvan luominen potilaiden tiedontarpeista toimialueihin katsomatta koettiin hyödyllisemmäksi.

Avohoidon eri toimipisteiden potilaat toivoivat enimmäkseen perinteistä suullista ohjausta, esimerkiksi henkilökohtaisia keskusteluja hoitajan tai lääkärin kanssa. Potilaiden erilaisista terveydellisistä tiloista riippumatta tämä oli toivotuin ohjauksen muoto.

Suullisen ohjauksen on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa olevan toivotuin ja hyödyllisin ohjausmenetelmä, sillä siinä potilaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus pääsee hyvin toteutumaan (Hentinen & Kyngäs 2008).

Kasvotusten toteutuneessa suullisessa ohjauksessa ammattilaisen on mahdollista tulkita ja havaita potilaan mahdollisia sanattomia viestejä, joita hänelle ei muuten välittyisi. (Hentinen & Kyngäs 2008.) Aikaisemmin tutkitun tiedon mukaan terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat potilasohjausta yksilöllisesti korostaen eri asioiden merkittävyyttä potilaalle (Iivanainen & Syväoja 2008). Tällöin ohjauksen sisältö voi vaihdella eri ammattilaisten välillä.

Tutkimusten mukaan ohjausta annetaan usein ammattilaisten aloitteesta kuuntelematta potilaan tarpeita (Poskiparta 2002). Ohjaus on kuitenkin toteutettava potilaslähtöisesti, jotta se olisi laadukasta (Lipponen 2014). Ohjaustilanteessa potilaalla tulee olla mahdollisuus tuoda ilmi omia näkemyksiään ja esittää ammattilaisille kysymyksiä ja vaihtoehtoja. Potilaan ohjauksessa korostuvatkin ammattilaisen taidot kuunnella potilasta. (Poskiparta 2002.)

Avohoidon potilaat kokivat myös hoitohenkilöstöltä saadut kirjalliset materiaalit hyvänä ohjauksen muotona, joka tukee suullista ohjausta. Kirjallisen ohjeen myötä potilaan on mahdollista perehtyä ohjattuun asiaan myös myöhemmin. Kirjallisilla ohjeilla on todettu olevan merkittävä rooli polikliinisten potilaiden ohjauksessa (Ahonen ym. 2013). Kirjallisten ohjeiden merkitys on korostunut entisestään, koska potilaiden ohjaukseen on käytettävissä yhä vähemmän aikaa (Hentinen & Kyngäs 2008). Potilaalla tulisi olla riittävästi aikaa perehtyä kirjallisiin ohjeisiin, jotta hän ymmärtää niiden sisällön ja osaa tarvittaessa esittää selventäviä kysymyksiä (Iivanainen & Syväoja 2008).

Aikaisemmin tutkitun tiedon mukaan ennen potilaan hoitoon saapumista tapahtuvaan ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tällöin potilaalla olisi paremmat mahdollisuudet harkita vaihtoehtoja rauhassa ja selvittää oma henkilökohtainen tilanteensa. Henkilökunnalta odotetaan riittävästi aikaa ohjauksen toteutukseen ja erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntämistä. (Rantovaara & Vehmasaho 2010.)

Lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen myötä potilaiden jälkiohjauksella on suuri merkitys potilaiden hoidon kannalta (Ahonen ym. 2013). Aikaisemman tiedon mukaan potilaalle tulisi taata välitön ohjaus kotiutustilanteessa ja mahdollistaa yhteydenotto hoitavaan yksikköön, esimerkiksi puhelimitse (Pekkarinen 2007). Rantovaara & Vehmasaho totesivat (2010) opinnäytetyössään potilaiden hoidon aikana ja kotiutusvaiheessa saadun tiedon olleen liian vähäistä.

Avohoidon potilaat olivat itsenäisesti hankkineet tietoa sairaudestaan paljon internetin hakukoneiden välityksellä, esimerkiksi Googlella. Luotettavan tiedon

löytäminen internetistä oli tulosten mukaan toivottua, mutta silti erilaisten terveysportaaleiden käyttö oli usean kyselyn mukaan kovin vähäistä. Tietokoneen käyttö tiedonhaussa on yhä yleisempää, mutta luotettavan tiedon löytäminen voi tuottaa potilaalle haasteita, ja potilaan terveyslukutaidot voivat olla puutteelliset.

Tulevaisuudessa potilaiden ohjauksessa voitaisiinkin kiinnittää enemmän huomiota itsenäisen tiedonhaun opastukseen, jotta potilas voisi tarvittaessa löytää luotettavaa tietoa ja välttää epäluotettavia lähteitä.

Terveystieteiden ammattilaisen tulee osata arvioida potilaan tiedontarvetta ja määrittellä, minkälaista tietoa potilas kykenee vastaanottamaan. Käytettävä ohjausmenetelmä valitaan potilaan tiedontarpeen ja tiedon vastaanottamiskyvyn perusteella. (Ahonen ym. 2013.) Valitulla ohjausmenetelmällä on merkitystä ohjauksen onnistumisen tai epäonnistumisen kannalta (Poskiparta 2002).

Malmi ja Virtanen pohtivat opinnäytetyössään (2013) internetin välityksellä tapahtuvan reaaliaikaisen videokeskustelun välityksellä tapahtuvaa ohjausmenetelmää. Tällainen menetelmä olisi kustannuksiltaan edullinen ja toteutettavissa. (Malmi & Virtanen 2013.) Lisäksi potilaalla olisi mahdollisuus olla terveydenhuollon ammattilaisiin näköyhteydessä kameran välityksellä, jolloin potilaan hoidon tarpeen arviointi olisi ammattilaisille helpompaa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Tuloksia tulkitessa on kuitenkin kiinnitettävä huomiota muutamiin asioihin, jotka voivat vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Ensinnäkin aineistona toimineiden opinnäytetöiden otoskoot ja vastausprosentit vaihtelivat suuresti. Tuloksia kootessa ja analysoitaessa ei myöskään tutkittu tarkemmin vastaajien sukupuolen, ikäluokan ja koulutuksen vaikutusta vastauksiin. Kyseisillä taustamuuttujilla voi olla suuria vaikutuksia tuloksiin. Esimerkiksi tietyt sairaudet esiintyvät yleisemmin vanhemmissa ikäluokissa, minkä vuoksi jollain vastauksia keränneellä osastolla voi olla suhteessa huomattavastikin enemmän vanhempia potilaita. (Koskinen 2009). Näin vanhemman ikäluokan tiedontarpeet voivat korostua enemmän tuloksissa. Toisaalta SPTT©-mittarin kysymyksiin

vastaaminen voi olla liian työlästä esimerkiksi eläkeiässä oleville, jolloin heidän osuutensa vastaajista voi jäädä pieneksi. Lisäksi koulutuksella on vaikutus terveyteen ja terveyspalveluiden käyttöön. Suomessa on huomattavat erot esimerkiksi kuolleisuudessa eri sosioekonomisia ryhmiä tarkasteltaessa jos verrataan muihin Euroopan maihin. Eri sosiaaliryhmissä terveellisiin elintapoihin suhtaudutaan eri tavoin, ja kaikilla ei ole yhtä hyvät mahdollisuudet käyttää terveyspalveluja tulojen ja varallisuuden erojen vuoksi. (THL 2015.) Sukupuolten välillä on myös selviä eroja paitsi kuolleisuudessa myös yleisimmissä sairaustyypeissä. Esimerkiksi verenkiertosairaudet ovat yleisempiä miehillä ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet naisilla. Aineistona käytettyjen opinnäytetöiden tutkimus toteutettiin vain VSSHP:n alueella, eivätkä tulokset siis välttämättä ole yleistettävissä koko Suomeen. (Koskinen 2009.)

Tämän työn tuloksia tulisi siis tarkastella kriittisesti, sillä se antaa vain yleiskatsauksen aineistona käytettyjen opinnäytetöiden tuloksista. Potilaiden tiedontarpeet ja ohjaustoiveet vaihtelevat monien tekijöiden mukaan, ja lisätutkimus on ehdottomasti aiheellista, esimerkiksi eri tekijöiden vaikutukset tutkimusongelmien aiheisiin.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Aikaisempien opinnäytetöiden tulosten mukaan eniten tietoa tarvittiin tehtävistä tutkimuksista, sairauden sekä hoidon aiheuttamista tunteista, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella, potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa, keneltä läheiset voivat saada tietoa vastaajan sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista, kuntoutuksesta sekä sen kustannuksista. Paljon tietoa tarvittiin myös komplikaatioiden ehkäisemisestä, liikunnasta, omien toiveiden saamisesta kuuluville hoidon aikana, omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta, jatkohoitopaikasta sekä lääkehoidon kustannuksista.

2. Vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa, potilasasiamiehestä, sairaalapapeista ja -teologeista, potilasjärjestöjen toiminnasta, sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen sekä potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastualueiden määrittelystä. Vähemmän kiinnostusta herättivät myös sairauden tai hoidon vaikutus potilaan eritystoimintaan ja kotijärjestelyihin sekä vakuutusasiat.

3. Aikaisempien opinnäytetöiden tulosten mukaan potilaat toivovat perinteistä suullista ohjausta ja kirjallista materiaalia. Tämä oli myös yleisin tapa saada ohjausta terveydenhuollon ammattilaisilta.

4. Itsenäisessä tiedonhaussa potilaat suosivat selkeästi internetin hakukoneita, esimerkiksi Googlea. Sosiaalinen media ja internetin keskustelupalstat eivät olleet potilaiden suosiossa tiedonhaussa. Sosiaalisen median ja keskustelupalstojen vähäinen käyttö luotettavaan tiedonhakuun saattaa johtua potilaiden epäluottamuksesta näiden tarjoamaa tietoa kohtaan.

5. Toivotuimmista ohjausmenetelmistä huolimatta potilaat olivat avoimia myös muille vaihtoehtoisille menetelmille, kuten ohjauksen välitykseen suullisesti puhelimitse tai kirjallisesti sähköpostilla.

LÄHTEET

Aaltonen, I. & Jantunen, T. 2013. Työikäisten reumapotilaiden ohjaus Salon aluesairaalan avohoidossa. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 20-2012. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 34-36.

Ahonen, O.; Blek-Vehkaluoto, M.; Ekola, S.; Partamies, S.; Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 20-2013. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 34-36.

Ahlgren, T. & Hyyrönmäki, K. 2014. Sydäntautipotilaiden tiedontarpeen mittaaminen SPTT©-mittarilla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Ainikkamäki, E.; Maunula, M. & Ranne, L. 2012. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien potilaiden tiedon tarve – Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittarilla mitattuna. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma

Ala-Huikka, A. & Arponen, S. 2014. Polikliinisen gastroenterologisen potilaan tiedon tarve. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma

Eiran sairaala. 2013. Kardiologia. Viitattu 11.5.2015
<http://www.eiransairaala.fi/fi/laakaripalvelut/erikoislaakarit/kardiologia> > Lääkäriasema > Erikoislääkärit > Kardiologia

Eroa kirkosta. 2015. Eromäärien vuosisummat. Viitattu 29.5.2015
<https://eroakirkosta.fi/static/ek-tilastot/>

Hankonen, A.; Kaarlela, E.; Palosaari, T.; Pinola, K.; Säkkinen, M.; Tolonen, A. & Viola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Julkaisussa Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 24.

Heinonen, L.-M.; Hörkkö, E. & Kurki, L. 2014. Neurotoimialueen potilaan tiedon tarve SPTT©-mittarilla kartoitettuna. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma

Heliövaara, M & Riihimäki, H. 2015. Tuki ja liikuntaelinten sairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.5.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00026

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015a. Gastroenterologia. Viitattu 11.5.2015
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/gastroenterologia/Sivut/default.aspx>
 >Sairaanhoito > Sairaanhoitopalvelut > Gastroenterologia

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015b. Neurologia Viitattu 11.5.2015
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/neurologia/Sivut/default.aspx> > Sairaanhoito
 > Sairaanhoitopalvelut > Neurologia

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 91-93, 111-115.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 539-540.

Jokinen, K. & Julku, A. 2014. Sairaalapotilaan tiedontarve neurotoimialueen potilailla SPTT ©-mittarilla mitattuna. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma

Kaartinen, H. & Sundell, N. 2013. Potilaan tiedon tarve Tyksin gastrokirurgian ja urologian toimialueella – Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittarilla mitattuna. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Viitattu 16.2.2015 www.kamk.fi > Opinnäytetyöpakki > SoTeLi > Eettiset suositukset.

Kakko, T. & Virta, A. 2013. Työikäisten diabeetikoiden potilasohjaus Salon aluesairaalan diabetespoliklinikalla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kangas T. 2001. Insuliinihoidon ylläpito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Nro 17, 1740-1749.

Kantola, E. & Uusitalo, S. 2014. Nuoruusajan diabetes ja potilasohjaus Salon aluesairaalan diabetespoliklinikalla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Koppa 2015. Tutkimuksen toteuttaminen. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 20.3.2015 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Koskinen, S. 2009. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.5.2015 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159&p_haku=tiedon%20tarve#s8

Kujala, J. & Mäki, E. 2014. Neurologisen avopotilaan ohjausmenetelmät Salon aluesairaalaossa. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kummel M. 2014. VÄLIRAPORTTI. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti. 2009-2015 (Hoi-Pro)

Kurkela R. 2015. Tilastollinen tiedonkeruu -verkko-oppimateriaali. 1. Tietoteoreettiset lähtökohdat. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Tilastokeskus. Viitattu 15.2.2015 <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Kurkela R. 2015. Tilastollinen tiedonkeruu –verkko-oppimateriaali. 2. Tutkimusprosessi. Teoreettinen viitekehys. Viitattu 14.2.2015 <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/02/03>

Kyngäs H; Kääriäinen M, Lipponen K. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, 10.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lassila, P. & Mäkinen, R. 2013. Salon aluesairaalan gastroenterologisen potilaan potilasohjaus. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Lipponen K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Oulun yliopisto, 17-18, 72-73.

Malmi, K. & Virtanen, T.-M. 2013. Kardiologisen potilaan potilasohjaus Salon aluesairaalan kardiologisella poliklinikalla. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Moilanen, M. 2014. Sairaalapotilaan tiedon tarve sydäntoimialueen potilailla SPTT-mittarilla mitattuna. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Nygren P. 2013. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin puheenvuoro. Turun yliopistollinen keskussairaala. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.2.2015 http://www.valvira.fi/files/luennot/Tku/Nygren_VSSHP.pdf

Pekkarinen T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suomen lääkärilehti. Vol. 62, No 11/2007, 1103.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinon kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. 2002. Terveysviestintä. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Tammi, 24-25, 29-32.

Rantovaara M; Vehmasaho H. 2010. Potilasohjaus hoitotyössä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.5.2015
http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f198865043/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja, 3-7.

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. 2015. Vahvistetut jäsentilastot 2014: Kirkkoon kuuluu neljä miljoonaa suomalaista. Viitattu 29.5.2015
<http://evl.fi/EVLUutiset.nsf/0/23D4F503BE60195BC2257DE30049D050?opendocument&lang=FI>

Tampereen yliopisto 2014. Lähdekritiikki. Tampere. Viitattu 15.2.2015 osoitteessa
<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankinnanperusteet/sis/arviointi/lahdekritiikki/index.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Sosiaaliryhmien välillä on terveyseroja. Viitattu 25.5.2015
<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/stop-koyhyys/nakokulmia-teemaan/sosiaaliryhmien-valilla-on-terveyseroja>

Terveyskirjasto Duodecim. 2015. Terveysneuvonta. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.5.2015 osoitteessa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03442

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 15.02.2015
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaihi, H. & Virta, O. 2014. TULES-potilaan tiedon tarve. Opinnäytetyö. Turun AMK. Hoitotyön koulutusohjelma.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. Helsinki.

Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009. Potilaslähtöisiä innovaatioita ohjauksen toteutukseen Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä. Viitattu 20.3.2015 osoitteessa
http://www.vete.fi/Seminaariluennot/PO_Potilaslahtoisia_innovaatioita_ohjauksen_toteutukseen.pdf

Liite 1. Sairaalapotilaan tiedontarve SPTT-mittarilla mitattuna.

Tutkimuksen tekijä, nimi, julkaisu vuosi ja -paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmät	Keskeinen tulos
<p>Ahlgren Tomi & Hyvärinen Katariina</p> <p>Sydäntautipotilaiden tiedontarpeen mittaaminen SPTT-mittarilla</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- selvittää TYKS:n ja SAS:n sydänpotilaiden tiedontarvetta SPTT-mittaria käyttäen</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- standardoitu kysely</p> <p>- SPTT-mittari</p> <p>- Likert-asteikko</p> <p>- n=59</p>	<p>- biologis-fysiologisella alueella vastaajat tarvitsivat eniten tietoa sairautensa oireista (f=66, f%=93) sekä siitä, milloin heidän tulisi soittaa hoitopaikkaan jos oireet pahenevat (f=66, f%=93)</p> <p>- seuraavaksi eniten tarvittiin tietoa potilaalle tehtävistä tutkimuksista (f=66, f%=94)</p> <p>- vähiten tietoa tarvittiin siitä, miten potilaat saavat tietoa tutkimuksen tuloksista (f=5 f%=8)</p> <p>- vastaajat tarvitsivat runsaasti tietoa biologis-fysiologiselta alueelta, ja ainoastaan muutama vastaaja ei kokenut tarvitsevansa siitä tietoa</p> <p>- toiminnallisella osa-alueella eniten tarvittiin tietoa liikunnasta (f=57, f%=81)</p> <p>- seuraavaksi eniten tarvittiin tietoa ruokavaliosta (f=52, f%=78) sekä levosta (f=52, f%=79)</p> <p>- kyseisten väittämien kohdalla oli hajontaa</p> <p>- vähiten tietoa tarvittiin sairauden tai hoidon vaikutuksesta potilaan eritystoimintaan (f=14, f%=20)</p> <p>- apuvälineitä tarvitsevat vastaajat kokivat tarvitsevansa paljon tietoa apuvälineistä, ja sama ilmiö oli ilmeinen kotijärjestelyjä tarvitsevilla</p> <p>- kokemuksellisella osa-alueella eniten tietoa tarvittiin sairauden sekä hoidon aiheuttamista tunteista (f=53, f%=78)</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - toiseksi eniten tietoa tarvittiin siitä, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella (f=49, f%=73) - vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa (f=12, f%=18) - tulokset jakautuivat suhteellisen tasaisesti, ja suurin osa vastaajista oli kaikkien väittämien kohdalla vähintään jokseenkin samaa mieltä tietojen tarpeellisuudesta - eettisellä osa-alueella tarvittiin eniten tietoa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumisesta (f=59, f%=89), omien toiveiden saamisesta kuuluville (f=59, f%=91) sekä omasta vastuusta hoidon onnistumiseksi (f=59, f%=89) - potilasasiamiehestä ei tarvinnut tietoa 26% (f=26) vastaajista - sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa läheisten käytettävissä olevista tiedonlähteistä (f=51, f%=77), josta he voivat saada tietoa vastaajan sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista - toiseksi eniten tietoa tarvittiin läheisten hoitoon osallistumisen mahdollisuuksista (f=46, f%=71) - sairaalapapeista ja -teologeista (f=41, f%=65) sekä potilasjärjestöjen toiminnasta (f=38, f%=58) ei tarvittu tietoa tai niiden ei ajateltu koskevan vastaajia - kyseisellä osa-alueella oli myös runsaasti muita väittämiä, joiden ei ajateltu koskevan itseä - taloudellisella osa-alueella vastaajien mielestä tärkein asia oli lääkehoidon kustannukset (f=48, f%=71) - toiseksi tärkein oli kuntoutus ja sen kustannukset (f=46, f%=68) - vakuutusasioista 25% (f=16) vastaajista ei tarvinnut tietoa - kyseinen osa-alue jakautui monen muun alueen tavoin tietoa
--	--	--	--

			tarvitseviin ja niihin, joita asia ei koske
Ainikkamäki Essi, Maunula Maria & Ranne Linda Tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien potilaiden tarve – Sairaalapotilaiden tiedon tarve -mittarilla mitattuna 2012 Opinnäytetyö Turun ammattikorkeakoulu	- kartoittaa TULES-potilaiden tiedontarvetta SPTT©-mittarin avulla	- kvantitatiivinen tutkimus - standardoitu kysely - SPTT©-mittari - (mukailee Likert-asteikkoa) - n=77	- bio-fysiologiselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kaikista osa-alueista - eniten tietoa tarvittiin siitä, milloin oireiden pahentuessa tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan (f=47, f%=62), tutkimuksiin valmistautumisesta (f=45, f%=62), sekä komplikaatioiden ehkäisemisestä (f=45, f%=62) - toiseksi eniten tarvittiin sairauden oireista (f=42, f%=58), tehtävistä tutkimuksista (f=42, f%=56) sekä mahdollisista komplikaatioista (f=43, f%=57%) - eri hoitovaihtoehdoista tarvittiin vähiten tietoa (f=11, f%=15%) - toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa liikunnan harjoittamisesta (f=53, f%=73) - toiseksi eniten apuvälineiden saatavuudesta (f=37, f%=59), peseytymisestä (f=37, f%=57) sekä levosta (f=41, f%=58) - sairauden ja sen hoidon vaikutus kotijärjestelyihin (f=15, f%=27) oli vähiten tarpeellista tietoa vastaajista - kokemukselliselta osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa sairauden ja sen hoidon mahdollisesti aiheuttamista tunteista (f=27, f%=40) - toiseksi eniten kenen kanssa kyseisistä tunteista voisi keskustella (f=26, f%=39) - vähiten tarvittiin tietoa aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämistä nykyisen sairauden hoidossa (f=23, f%=37) - eettiseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa (f=42, f%=57) sekä omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta (f=42, f%=58) - vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa potilasasiamiehen toiminnasta

			<p>(f=25, f%=35)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa läheisten tiedonsaannista (f=39, f%=54) - toiseksi eniten jatkohoitopaikasta (f=31, f%=51) - potilasjärjestöjen toiminnasta (f=28, f%=53) tarvittiin vähiten tietoa - taloudelliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa vakuutusasioista (f=40, f%=57) - toiseksi eniten kuntoutuksesta kustannuksineen (f=38, f%=55) - sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen (f=14, f%=26) tarvittiin vähiten tietoa
<p>Ala-Huikka Annika & Arponen Sanna</p> <p>Polikliinisen gastroenterologisen potilaan tiedon tarve</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- kartoittaa polikliinisen gastroenterologisen potilaan tiedontarvetta SPTT©-mittarilla</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- SPTT©-mittari</p> <p>n=36</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bio-fysiologisella osa-alueella tiedontarve jakaantui tasaisesti - suurin tarve kohdistui tehtäviin tutkimuksiin (f=32, f%=91) - seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin oireista (f= 32, f%=89) ja siitä miten potilas voisi itse ehkäistä mahdollisia komplikaatioita (f=32, f%=89) - vähiten tietoa tarvittiin siitä, milloin potilaan tulee ottaa yhteyttä ammattilaisiin oireiden pahentuessa (f=5, f%=15) - toiminnallisella osa-alueella eniten tietoa tarvittiin mahdollisuudesta tarpeiden toimittamiseen yksilöllisesti hoitopaikassa (f=30, f%=85) - seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin ruokavaliosta (f=30, f%=83) ja liikunnasta (f=25, f%=70) - vähiten tietoa tarvittiin levosta (f=7, f%=20) ja sairauden tai mahdollisten hoitojen vaikutuksista erityistoimintaan (f=7, f%=20) - apuvälineiden saatavuus (f=15, f%=42), kotijärjestelyt (f=14,

			<p>f%=39) ja peseytymistä (f=12, f%=34) käsitelleet väittämät eivät koskettaneet kaikkia vastaajia lainkaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - kokemuksellisella osa-alueella suurin tiedontarve liittyi vastaajien tarpeeseen tietää kenen kanssa keskustella sekä sairauden että sen hoidon aiheuttamista tunteista (f=25, f%=72) - seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin sairauden ja sen hoidon mahdollisesti aiheuttamista tunteista (f=23, f%=64) - vähiten tietoa tarvittiin aikaisempien sairaalakokemuksien hyödyllisyydestä nykyisessä hoidossa (f=9, f%=25) - eettisellä osa-alueella eniten tietoa tarvittiin siitä, miten he voisivat itse tutustua omiin potilasasiakirjoihinsa (f=32, f%=91), mikä on potilaan oma vastuu hoidon onnistumisen kannalta (f=32, f%=90), sekä miten potilas voi saada omat toiveensa esille hoidon aikana (f=31, f%=87) - vähiten tietoa tarvittiin hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien vastuualueiden määrittelystä (f=12, f%=33) - sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella suurin tiedontarve keskittyi ylivoimaisesti siihen, keneltä läheiset voivat saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (f=29, f%=80), sekä jatkahoitopaikan saatavuudesta (f=21, f%=59) - vähiten tietoa tarvittiin mahdollisuudesta tavata sairaalapappi tai -teologi (f=13, f%=36) sekä potilasjärjestöjen toiminnasta (f=12, f%=33) - 39% vastaajista koki että tapaaminen sairaalapapin tai -teologin kanssa ei kosketa heitä lainkaan - taloudellisella osa-alueella suurimmaksi tiedontarpeeksi muodostuivat lääkeshoidon kustannukset (f=23, f%=63) - seuraavaksi eniten tietoa tarvittiin sairauspäivärahoista (f=21, f%=61), kuntoutuksesta sekä sen kustannuksista (f=21, f%=59)
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - vähiten tietoa tarvittiin sopeutumisvalmennuskursseihin ja niiden kustannuksiin liittyen (f=6, f%=16) - vastaajista 36% koki ettei sopeutumisvalmennuskurssit ja niiden kustannukset kosketa heitä lainkaan
<p>Heinonen Liina-Maija, Hörkkö Essi & Kurki Laura</p> <p>Neurotoimialueen potilaan tiedon tarve SPTT©-mittarilla kartoitettuna</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kartoittaa neurologisen sairaalapotilaan tiedontarvetta SPTT©-mittarin avulla 	<ul style="list-style-type: none"> - kvantitatiivinen tutkimus - standardoitu kysely - SPTT©-mittari - Likert-asteikko - n=76 	<ul style="list-style-type: none"> - biologis-fysiologisella osa-alueelta tarvittiin yleisesti paljon tietoa - vastaajat tarvitsivat eniten tietoa potilaan omista mahdollisuuksista estää komplikaatioita syntymästä (f=65, f%=85) - toiseksi eniten hoidon komplikaatioista (f=63, f%=83) - sairauden oireista vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa (f=13, f%=17) - toiminnallisella osa-alueella vastaajat tarvitsivat tietoa eniten potilaan mahdollisuudesta toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeittensa hoitamisessa sairaalassa tai poliklinikalla (f=58, f%=76) - toiseksi eniten liikunnan harjoittamisesta (f=57, f%=75) - tieto oikeasta ruokavaliosta (f=22, f%=30) koettiin vähiten tarpeellisimmaksi - kokemuksellisella osa-alueella tarvittiin eniten tietoa sairauden ja hoitojen potentiaalisesti aiheuttamista tunteista (f=51, f%=67) - aikaisempien sairaalakokemusten hyödynnettävyys tämänhetkisen sairauden hoidossa (f=19, f%=25) koettiin vähiten tarpeellisimmaksi tiedoksi - eettisellä osa-alueella vastaajat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa siitä miten potilaan oma vastuu hoidosta tukee hoidon onnistumista (f=58, f%=78) - toiseksi eniten potilaan mahdollisuuksista saada hänen omat toiveensa kuulluksi hoidon aikana (f=57, f%=76) sekä miten

			<p>potilas pystyy tutustumaan potilasasiakirjoihinsa (f=56, f%=76)</p> <ul style="list-style-type: none"> - vähiten tarvittiin tietoa eri ammattiryhmien vastualueiden määrittelyistä hoidon aikana (f=19, f%=25) - sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella tarvittiin eniten tietoa siitä, keneltä vastaajien läheiset saavat tietoa heidän sairaudestaan ja sen hoidosta (f=52, f%=70) - toiseksi eniten läheisten osallistumismahdollisuuksista potilaan hoitoon (f=50, f%=67) - vähiten tarvetta koettiin tiedolle sairaalapapista (f=36, f%=36) - ekonomisella osa-alueella tarvittiin eniten tietoa kuntoutuksesta kustannuksineen (f=47, f%=63) - toiseksi eniten sairauspäivärahasta (f=44, f%=59) - tieto sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen (f=20, f%=27) koettiin selvästi vähemmän tarpeellisiksi
<p>Jokinen Kai & Julku Aino</p> <p>Sairaalapotilaan tiedontarve neurotoimialueen potilailla SPTT ©- mittarilla mitattuna</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- kartoittaa STTP©-mittarin avulla sairaalapotilaan tiedontarvetta VSSHP:n tulevalla neurotoimialueella</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <ul style="list-style-type: none"> - standardoitu kysely - SPTT©-mittari - Likert-asteikko - n=67 	<ul style="list-style-type: none"> - biologis-fysiologisella osa-alueella oli suuri tarve tiedolle, ja eniten sitä tarvittiin sairauden oireista (f=57, f%=85) sekä tehtävistä tutkimuksista (f=57, f%=86) - toiseksi eniten erilaisista hoitovaihtoehdoista (f=55, f%=82) - suuri tiedontarve näkyi myös siinä, että vastauksista ei erottunut selkeästi mitään kysymystä, joka ei olisi kiinnostanut vastaajia - toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa yksilökohtaisten tarpeitten hoitamisesta sairaalassa tai poliklinikalla (f=51, f%=79) - toiseksi eniten sairauden mahdollisista vaikutuksista kotijärjestelyihin (f=49, f%=62) ja lepäämisestä (f=40, f%=75) - vastaajat tarvitsivat vähiten tietoa siitä, milloin he voivat käydä

			<p>suihkussa, saunassa ja kylvyssä (f=39, f%=25)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kokemukselliselta osa-alueelta tarvittiin huomattavasti eniten tietoa sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista (f=49, f%=75) - toiseksi eniten tietoa tarvittiin siitä, kenen kanssa kyseisistä tunteista voi keskustella (f=45, f%=68), sekä aikaisemmista sairaajaksoista saadun kokemuksen hyödynnettävyydestä nykyisessä hoidossa (f=44, f%=67) - eettiseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa (f=55, f%=84) - toiseksi eniten potilaan oikeuksista sairaalassa (f=54, f%=82) - vähiten tietoa tarvittiin potilasasiamiehen toiminnasta (f=14, f%=21) - sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, keneltä läheiset saavat tietoa potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista (f=52, f%=79) sekä läheisten osallistumismahdollisuuksista potilaan hoitoon (f=51, f%=78) - seuraavaksi eniten tukihenkilön saamisesta sairaalajakson jälkeen (f=37, f%=59) - vähiten tietoa tarvittiin sairaalapapista tai teologista (f=20, f%=33) ja potilasjärjestöistä (f=21, f%=35) - ekonomiselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kuntoutuksesta kustannuksineen (f=46, f%=73) - toiseksi eniten lääkehoidon kustannuksista (f=39, f%=63) sekä koti- tai jatkohoidon kustannuksista (f=39, f%=63) - selkeästi vähiten kiinnostavaa väittämää ei erottunut osa-alueella
Kaartinen Hanna & Sundell	- tuottaa uutta tietoa urologisten ja	- kvantitatiivinen tutkimus	- bio-fysiologiselta alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa tutkimuksista (f=97, f%=79) sekä niihin

<p>Noora</p> <p>Potilaan tiedon tarve Tyksin gastrokirurgian ja urologian toimialueella – Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittarilla mitattuna</p> <p>2013</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>gastrokirurgisten potilaiden potilasohjauksen kehittämiseksi yksilöllisempään suuntaan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - standardoitu kysely - SPTT©-mittari - Likert-asteikko - n=170 	<p>valmistautumisesta (f=96, f%=78)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kyseiseltä osa-alueelta tarvittiin selvästi eniten tietoa kaikista osa-alueista, mutta ≤4% vastaajista ei kokenut tarvitsevansa siitä tietoa - toiminnalliselta osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa ruokavaliosta (f=80, f%=68) - toiseksi eniten eritystoimintaan liittyvistä asioista (f=73, f%=66) - vastaajista 9% (f=9) ei tarvinnut sairauden tai hoidon vaikutuksesta kotijärjestelyihin tietoa, ja 8% (f=8) ei tarvinnut tietoa apuvälineistä - kokemukselliselta osa-alueelta tarvittiin jonkin verran tietoa - eniten tietoa tarvittiin sairauden ja sen hoidon mahdollisesti herättämistä tunteista (f=58, f%=51) sekä mahdollisuuksista keskustella kyseisistä tunteista (f=59, f%=51) tarvittiin tietoa - aikaisempien sairaalakokemuksien hyödyntämisestä nykyisessä hoidossa (f=48, f%=43) tarvittiin vähiten tietoa - eettiseltä osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa potilaan vastuusta hoitonsa onnistumisessa (f=75, f%=63) - toiseksi eniten omiin potilasasiakirjoihin tutustumisesta (f=68, f%=58), kenelle heidän tietojaan annetaan (f=67, f%=58) sekä miten potilas voi saada omat toiveensa kuuluville hoitonsa aikana (f=71, f%=59) - potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastualueiden määrittelystä tarvittiin vähiten tietoa (f=41, f%=36) - sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa jatkohoitopaikasta (f=60, f%=63) - toiseksi eniten siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa liittyen
--	---	--	---

		<p>sairauteen sekä sen hoitoon (f=70, f%=61)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sairaalapapista (f=19, f%=24) ja potilasjärjestöistä tarvittiin vähiten tietoa (F=24, f%=26) - taloudelliselta osa-alueelta gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat tietoa eniten kuntoutuksesta kustannuksineen (f=51, f%=52) - toiseksi eniten lääkehoidon kustannuksista (f=46, f%=47) ja jatkohoidon kustannuksista (f=45, f%=47) - vastaajista 9% (f=8) ei tarvinnut tietoa sopeutumisvalmennuskursseista kustannuksineen - bio-fysiologiselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista (f=28, f%=68) - vastaukset olivat jakautuneet hyvin tasaisesti eikä selvästi epäkiinnostavia kysymyksiä esiintynyt kyseisellä osa-alueella - ainoastaan miten potilas voi itse estää komplikaatioita - väitteeseen vastattiin 'Täysin eri mieltä' (f=2, f%=5) - toiminnalliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa eritystoiminnasta (f=28, f%=68) - toiseksi eniten hoidon apuvälineistä (f=23, f%=62) - vähiten tietoa tarvittiin levon määrästä (f=12, f%=29) sekä ruokavaliosta (f=18, f%=43) - kokemukselliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa siitä, kenen kanssa he voivat keskustella sairauteensa ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (f=19, f%=48) - toiseksi eniten sairauden ja sen hoidon mahdollisesti aiheuttamista tunteista (f=17, f%=42) - vastausten vaihtelevuus oli kohtalaisen suurta verrattuna muihin
--	--	---

			<p>kyseisen kysymyksen kohdalla</p> <ul style="list-style-type: none"> - aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntäminen hoidossa (f=14, f%=38) koettiin vähiten tarpeelliseksi tiedoksi kyseisellä osa-alueella - eettiseltä osa-alueella urologiset potilaat vastasivat eniten olevansa jokseenkin samaa mieltä - kyseistä vaihtoehtoa tulkitessa vastaajat tarvitsivat eniten tietoa miten he voivat saada oman äänensä kuuluviin hoitoa koskevissa asioissa (f=21, f%=51) - toiseksi eniten tarvittiin tietoa omasta mahdollisuudestaan osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin (f=16, f%=46) - eri ammattiryhmien vastuualueista (f=9, f%=23) tarvittiin vähiten tietoa - sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat eniten tietoa jatkohoitopaikasta (f=22, f%=63) - toiseksi eniten siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä asioista (f=19, f%=49) - tietoa tarvittiin vähiten vähiten potilasjärjestöjen toiminnasta (f=7, f%=21) - taloudelliselta osa-alueelta urologiset potilaat tarvitsivat tietoa eniten kuntoutuksesta kustannuksineen (f=17, f%=46) - toiseksi eniten lääkekustannuksista (f=16, f%=42) - vakuutusasioista (f=7, f%=25) tarvittiin vähiten tietoa
<p>Moilanen Mikko</p> <p>Sairaalapotilaan tiedon tarve sydäntoimialueen potilailla SPTT©-mittarilla</p>	<p>- kartoittaa sairaalapotilaan tiedontarvetta VSSHP:n tulevalla sydäntoimialueella SPTT©-mittarilla</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p>	<p>- bio-fysiologisella osa-alueella tiedontarve jakaantui tasaisesti</p> <p>- suurin tarve kohdistui tutkimuksiin ja niihin valmistautumiseen sekä potilaan omiin mahdollisuuksiin estää komplikaatioita (f=32,</p>

<p>mitattuna</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>toteutettuna</p>	<p>- SPTT©-mittari</p> <p>- n=35</p>	<p>f%=92)</p> <ul style="list-style-type: none"> - seuraavaksi eniten vastaajat tarvitsivat tietoa oireista (f=31, f%=89) ja tutkimusten tuloksista f=31, f%=89) - vähiten tietoa tarvittiin erilaisista hoitovaihtoehdoista (f=27, f%=77) - toiminnallisella osa-alueella suurin tarve saada tietoa oli liikunnan harrastamisen mahdollisuudet (f=29, f%=82) sekä riittävän levon tarve (f=28, f%=80) - seuraavaksi eniten vastaajat tarvitsivat tietoa itselle sopivasta ruokavaliosta (f=26, f%=74) - vähäisin tiedontarve sijoittui sairauden mahdollisiin vaikutuksiin erityistoimintaan (f=19, f%=54) - apuvälineiden saatavuus ei koskettanut lainkaan osaa vastaajista (f=6, f%=18) - kokemuksellisella osa-alueella suurin tiedontarve keskittyi sairauden ja sen hoidon aiheuttamiin tunteisiin (f=24, f%=69) ja tietoon siitä kenen kanssa tällaisista tunteista voisi tarvittaessa puhua (f=22, f%=63) - vähiten tarpeelliseksi koettiin tieto koskien aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämistä (f=19, f%=54) - eettisellä osa-alueella suurin tiedontarve kohdistui potilaan omaan vastuuseen hoidon onnistumisen kannalta (f=28, f%=80) - tiedontarve oli suurta myös potilasasiakirjojen saatavuudessa, vastaajat tarvitsivat tietoa siitä, miten he itse voisivat saada nähdä omia potilasasiakirjojaan (f=27, f%=78) ja ketkä muut niitä voivat tarkastella (f=27, f%=77) - vähäisin tiedontarve oli potilasiamiehen toiminnassa (f=17, f%=48)
--	---------------------	--------------------------------------	---

			<ul style="list-style-type: none"> - sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella suurin tiedontarve kohdistui siihen, mistä ja miten potilaan omaiset voivat saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta (f=25, f%=71), sekä miten potilaan omaisten olisi mahdollista osallistua hoitoon (f=24, f%=68) - vähäisin tiedontarve oli mahdollisuudessa tavata pastori ja potilasjärjestöjen toiminnassa (f=10, f%=28) - sairaalapapin tai -teologin tapaaminen ei koskettanut kaikkia vastaajia lainkaan (f=8, f%=24) - taloudellisella osa-alueella tarvittiin paljon tietoa kuntoutuksesta ja sen taloudellisista kustannuksista (f=24, f%=68) - suuri tiedontarve kohdistui myös lääkehoidon kustannuksiin (f=24, f%=69) sekä sairauspäivärahoihin (23, f%=66) - tiedontarve oli vähäisintä sopeutumisvalmennuskursseissa (f=10, f%=28) ja niiden sisältämissä kustannuksissa
<p>Vaihi Heidi & Virta Oona</p> <p>TULES-potilaan tiedon tarve 2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- kartoittaa SPTT-mittaria käyttäen TULES-potilaiden tiedontarvetta</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- standardoitu kysely</p> <p>- SPTT-mittari</p> <p>- n=70</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vastaajat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa biologis-fysiologiselta osa-alueelta - eniten tietoa tarvittiin hoidon mahdollisista komplikaatioista (f=45) - toiseksi eniten tehtävistä tutkimuksista f=44), miten he voivat itse ehkäistä komplikaatioita (f=43) ja miten tutkimuksen tuloksista saa tietoa (f=42) - vähiten vastaajat kokivat tarvitsevansa tietoa sairautensa oireista (f=30) - toiminnalliselta osa-alueelta tarvittiin myös paljon tietoa - eniten vastaajat tarvitsivat tietoa peseytymisestä (f=54) - toiseksi eniten liikunnan harjoittamisesta (f=48) - vähiten koettiin tarvetta tiedolle sairauden tai hoidon

			<p>mahdollisista vaikutuksista kotijärjestelyihin (f=25)</p> <ul style="list-style-type: none">- kokemukselliselta osa-alueelta vastaajat tarvitsivat eniten tietoa siitä, kenen kanssa he voivat puhua tunteistaan, jotka liittyvät heidän sairauteensa ja sen hoitoon (f=30)- myös aikaisempien sairaalajaksojen kokemusten hyödyntäminen nykyisessä hoidossa oli tarpeellista tietoa (f=23)- sen sijaan vähiten tietoa tarvittiin sairauden ja sen hoidon mahdollisesti herättämättä tunteista (f=19)- eettiseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumiseksi (f=44)- toiseksi eniten tarvittiin tietoa omien toiveiden saamisesta kuuluville hoidon aikana (f=31) ja miten hoitoon liittyvään päätöksentekoon voi osallistua (f=30)- potilasasiamiehen toiminnasta (f=21) tarvittiin vähiten tietoa- sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa sairautta ja sen hoitoa koskevissa asioissa (f=31)- toiseksi eniten läheisten mahdollisuuksista osallistua hoitoon (f=25) sekä jatkohoitopaikan saamisesta (f=25)- sairaalapapin ja -teologin tapaamisesta (f=9) tarvittiin vähiten tietoa- taloudelliselta osa-alueelta tarvittiin eniten tietoa kuntoutuksista kustannuksineen (f=32)- toiseksi eniten jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista (f=f=24) sekä lääkehoidon kustannuksista (f=22)- vähiten tietoa tarvittiin vakuutusasioista f=15)
--	--	--	--

Käytetyt lyhenteet:

SAS – Salon aluesairaala

SPTT©- mittari – Sairaalapotilaan tiedon tarve mittari

TULES- tuki- ja liikuntaelinsairaudet

TYKS - Turun yliopistollinen keskussairaala

VSSH – Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Liite 2. Avohoidon potilaiden ohjausmenetelmät ja toiveet niiden suhteen

Tutkimuksen tekijä, nimi, julkaisu vuosi ja -paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeinen tulos
<p>Aaltonen Ilona & Jantunen Teija</p> <p>Työikäisten reumapotilaiden ohjaus Salon aluesairaalan avohoidossa</p> <p>2013</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- selvittää, miten SAS:n työikäiset avohoidon reumapotilaat ovat saaneet tähän mennessä ohjausta sairauteensa, ja sen hoitamiseen sekä millä tavalla he haluaisivat saada tietoa sairaudestaan</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- Likert-asteikko</p> <p>- n=33</p>	<p>- eniten tietoa oli haettu internetin hakukoneiden avulla (f=18, f%=54)</p> <p>- vähiten tietoa oli haettu sosiaalisesta mediasta (f=20, f%=65), keskustelupalstoilta (f=17, f%=55) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=17, f%=55)</p> <p>- internetin kautta saatavaa tietoa toivottiin eniten terveysportaaleista (f=20, f%=64), potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=20, f%=67) ja hakukoneista (f=19, f%=62)</p> <p>- internetin kautta haluttiin vähiten saada tietoa sosiaalisesta mediasta (f=17, f%=57) ja keskustelupalstoilta (f=14, f%=47)</p> <p>- eniten oli saatu yksilöllistä ohjausta (f=30, f%=91) ja kirjallista materiaalia (f=27, f%=82) terveydenhuollon ammattilaisilta</p> <p>- vähiten ohjausta oli saatu tekstiviestillä (f=28, f%=93), sähköisesti (f=26, f%=87), vertaistukiryhmissä (f=24, f%=80) ja ryhmäohjauksessa (f=22, f%=73)</p> <p>- terveydenhuollolta toivottiin eniten yksilöllistä ohjausta (f=29, f%=88) sekä kirjallista materiaalia (f=30, f%=94)</p> <p>- vähiten tietoa ja ohjausta haluttiin tekstiviestillä (f=17, f%=57), ryhmäohjauksessa (f=14, f%=47) ja vertaistukiryhmissä (f=13, f%=43)</p>
<p>Kakko Tuija & Virta Annastiina</p> <p>Työikäisten diabeetikoiden potilasohjaus Salon aluesairaalan</p>	<p>- selvittää, miten SAS:n diabetespoliklinikalla asioivat työikäiset diabeetikot ovat saaneet tähän mennessä tietoa sairauteensa ja sen hoitoon liittyen sekä miten heidän</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- Likert-asteikko</p>	<p>- suosituin tapa etsiä tietoa oli hakukone Google (f=28, f%=58)</p> <p>- vähiten tietoa oli hankittu keskustelupalstoilta (f=23, f%=45), terveysportaaleista (f=22, f%=43) potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=22, f%=43) ja sosiaalisesta mediasta (f=17,</p>

<p>diabetespoliklinikalla</p> <p>2013</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>mielestään potilasohjaus tulisi järjestää SAS:n diabetespoliklinikalla</p>	<p>- n=51</p>	<p>f%=33)</p> <ul style="list-style-type: none"> - internetissä tietoa haluttiin eniten hakukone Googlesta (f=39, f%=85), potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=32, f%=67), sekä terveysportaaleista (f=26, f%=55) - internetissä haluttiin vähiten tietoa sosiaalisesta mediasta (f=16, f%=31) ja keskustelupalstoilta (f=15, f%=29) - suullista ohjausta oli saatu selkeästi eniten (f=49, f%=96) - seuraavaksi eniten oli saatu kirjallista materiaalia (f=41, f%=82) - vähiten ohjausta oli saatu tekstiviestillä (f=42, f%=82), vertaistukiryhmistä (f=38, f%=75), sähköpostilla (f=35, f%=67) tai ryhmäohjauksessa (f=30, f%=59) - toivotuin tapa saada ohjausta oli suullinen ohjaus (f=44, f%=92) ja kirjallinen materiaali (f=40, f%=82) - seuraavaksi eniten toivottiin ohjausta sähköisesti esimerkiksi sähköpostilla (f=27, f%=57) ja suullisesti puhelimesta (f=29, f%=55) - vähiten toivottiin ohjausta tekstiviestillä (f=22, f%=43), vertaistukiryhmistä (f=21, f%=41) tai ryhmäohjausta (f=16, f%=31)
<p>Kantola Eveliina & Uusitalo Sini</p> <p>Nuoruusajan diabetes ja potilasohjaus Salon aluesairaalan diabetespoliklinikalla</p> <p>2014</p>	<p>- selvittää, miten SAS:n lasten diabetespoliklinikan lapsipotilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen diabeteksensä hoitoon ja millaista ohjausta he toivoisivat saavansa jatkossa</p>	<p>-kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- Likert-asteikko</p> <p>- n=18</p>	<p>- itsenäinen tiedonhaku oli suosituinta kirjoista, lehdistä (f=9, f%=50), diabetesyhdistyksen sivuilta (f=9, f%=50) sekä hakukone Googlesta (f=7, f%=39)</p> <p>- Facebook (f=14, f%=78) ja internetin keskustelupalstat (f=12, f%=67) eivät olleet lasten suosiossa tiedonhaussa</p> <p>- lapset halusivat eniten saada tietoa diabeteksestä lehdistä ja kirjoista (f=14, f%=78) sekä Diabetesyhdistyksestä (f=15, f%=83)</p>

<p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>			<ul style="list-style-type: none"> - internetin keskustelupalstoilta (f=10, f%=56) ja Facebookista (f=8, f%=44) haluttiin vähiten tietoa - jokainen (f=18) lapsista oli saanut ainakin jonkin verran tietoa terveydenhuollon ammattilaiselta ja lähes kaikki (f=15, f%=83) olivat saaneet asiaan liittyviä esitteitä sairaalasta - toivotuin menetelmä saada ohjausta oli keskustelu terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (f=17, f%=94) - seuraavaksi eniten toivottiin kirjallista materiaalia (f=15, f%=83) ja ohjausta ryhmässä (f=12, f%=67) - tekstiviestillä (f=14, f%=78), sähköpostilla (f=13, f%=72) ja diabetesliiton sopeutumisvalmennuskursseilta (f=11, f%=61) tietoa oli saatu vähiten - vähiten ohjausta toivottiin tekstiviestillä (f=10, f%=56) tai sähköpostilla (f=7, f%=39)
<p>Kujala Johanna & Mäki Elina</p> <p>Neurologisen avopotilaan ohjausmenetelmät Salon aluesairaalassa</p> <p>2014</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- selvittää, miten SAS:n työikäiset neurologiset avopotilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen sekä millä tavoilla he haluaisivat sitä saada</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- Likert-asteikko</p> <p>n=20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - suosituimmat tavat hakea tietoa internetistä olivat hakukoneet (f=13, f%=65) potilasyhdistysten verkkosivut (f=7, f%=37) ja keskustelupalstat (f=7, f%=35) - vähiten tiedonhakuun oli käytetty terveystaaleja (f=13, f%=68) sekä sosiaalista mediaa (f=15, f%=75) - eniten tietoa oli saatu keskustelussa terveydenhuollon ammattilaiselta (f=15, f%=79) ja kirjallisina ohjeina (f=13, f%=68) - seuraavaksi suosituin tapa saada ohjausta oli puhelimen kautta (f=13, f%=65) - vähiten tietoa oli saatu sähköpostilla (f=17, f%=89), tekstiviestillä (f=15, f%=79), potilasyhdistyksiltä (f=15, f%=79) ja ryhmäohjauksessa (f=14, f%=74) - internetistä tietoa toivottiin eniten hakukoneista (f=11,

			<p>f%=58)</p> <ul style="list-style-type: none"> - seuraavaksi eniten tietoa haluttiin terveystaaleista (f=10, f%=53) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=10, f%=53) - sosiaalisesta mediasta toivottiin vähiten tietoa (f=8, f%=42) - toivotuin ohjausmenetelmä oli suullinen henkilökohtainen ohjaus (f=18, f%=95) ja kirjallinen materiaali (f=16, f%=94) - seuraavaksi eniten toivottiin suullista ohjausta puhelimesta (f=12, f%=66) - vähiten tietoa haluttiin tekstiviestillä (f=10, f%=56)
<p>Lassila Pia & Mäkinen Renita</p> <p>Salon aluesairaalan gastroenterologisen potilaan potilasohjaus</p> <p>2013</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- selvittää, miten SAS:n työikäiset gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kvantitatiivinen tutkimus - kysely - Likert-asteikko - n=15 	<ul style="list-style-type: none"> - eniten tietoa oli haettu internetin hakukoneilla (f=9, f%=69) - sosiaalinen media (f=9, f%=63) ja potilasyhdistysten verkkosivut (f=7, f%=54) olivat vähiten käytetyt menetelmät tiedonhaussa - internetin kautta toivottiin eniten tietoa potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=10, f%=83), hakukoneista (f=10, f%=83) sekä terveystaaleista (f=5, f%=38) - Internetin kautta tietoa toivottiin vähiten sosiaalisesta mediasta (f=6, f%=50) - eniten oli saatu ohjausta suullisesti (f=12, f%=80) sekä kirjallisen materiaalin muodossa (f=10, f%=67) - seuraavaksi eniten ohjausta oli saatu suullisesti puhelimesta (f=4, f%=27) - vähiten ohjausta oli saatu tekstiviestillä (f=14, 100%), ryhmäohjauksessa (f=13, f%=93), vertaistukiryhmissä (f=13, f%=93) ja sähköpostilla (f=13, f%=93) - toivotuin tapa saada ohjausta oli yksilöllinen suullinen ohjaus (f=14, f%=93) terveydenhuollon yksiköltä sekä kirjallinen

			<p>materiaali (f=14, f%=93)</p> <p>- seuraavaksi eniten toivottiin ohjausta puhelimesta (f=8, f%=53)</p> <p>- vähiten toivottiin ohjausta tekstiviestillä (f=12, f%=86), vertaistukiryhmässä (f=8, f%=57) tai ryhmäohjauksessa (f=8, f%=57)</p>
<p>Malmi Kirsi & Virtanen Tiina-Maria</p> <p>Kardiologisen potilaan potilasohjaus Salon aluesairaalan poliklinikalla</p> <p>2013</p> <p>Opinnäytetyö</p> <p>Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>- selvittää SAS:n työikäisen kardiologisen poliklinikkapotilaan ohjausmenetelmiä potilaan näkökulmasta</p>	<p>- kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>- kysely</p> <p>- Likert-asteikko</p> <p>- n=8</p>	<p>- suosituin menetelmä tiedonhakuun oli internetin hakukoneet, esim. Google (f=5)</p> <p>- potilasyhdistysten verkkosivuja ei ollut käytetty tiedonhakuun lainkaan (f=6)</p> <p>- Internetissä eniten tietoa toivottiin hakukoneista (f=6) ja potilasyhdistysten verkkosivuilta (f=6)</p> <p>- vähiten tietoa internetissä haluttiin keskustelupalstoilta (f=4) ja sosiaalisesta mediasta ei lainkaan</p> <p>- suosituin ohjausmenetelmä oli henkilökohtainen suullinen ohjaus (f=4) ja kirjallinen ohje (f=4)</p> <p>- vastaajista kukaan ei ollut saanut ohjausta potilasyhdistyksiltä tai vertaistukiryhmiltä (f=6)</p> <p>- henkilökohtainen suullinen ohjaus (f=4) ja kirjallinen materiaali (f=4) olivat toivotuimpia menetelmiä saada ohjausta terveydenhuollon yksiköiltä</p> <p>- kukaan vastaajista ei halunnut saada tietoa vertaistukiryhmiltä tai potilasyhdistyksiltä (f=6)</p>

Käytetyt lyhenteet:

SAS – Salon aluesairaala

SPTT©-mittari- Sairaalapotilaan tiedon tarve - mittari